



## Consejo Mexicano de Dermatología, A. C. Solicitud de Certificación / Recertificación

Año de Aplicación: \_\_\_\_\_ Marca con una x el trámite:

	Dermatología	Dermatología Pediátrica	Dermatopatología	Especial
<b>Certificación</b>				
<b>Recertificación</b>			-----	-----

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

Cédula Profesional: \_\_\_\_\_ Cédula Especialidad: \_\_\_\_\_

Universidad de egreso de especialidad: \_\_\_\_\_

Institución de residencia de la especialidad: \_\_\_\_\_

Institución donde labora: \_\_\_\_\_

Hospital privado donde labora: \_\_\_\_\_

Domicilio para recibir documentos: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Delegación: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Tel ( ) \_\_\_\_\_ Cel ( ) \_\_\_\_\_ Fax ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de primera certificación: Folio: \_\_\_\_\_ Foja: \_\_\_\_\_ Libro: \_\_\_\_\_

Fecha de recertificación anterior en su caso: \_\_\_\_\_

(Anexar copia de primer certificado legible por ambos lados)

Si su domicilio fiscal no es el mismo donde recibirá los documentos favor de especificar:

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Delegación: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**Nota importante:** Fotografía reciente, tamaño diploma (7 cms de alto x 5 de ancho), ovalada, blanco y negro, fondo blanco sin retoque, frente descubierta, saco negro y camisa/blusa blanca, caballeros corbata. **NO SE RECIBIRÁN SOLICITUDES SIN FOTOGRAFÍA EN FISICO.**