

LUGAR Y FECHA

---

**DR. ALFREDO GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ**  
**PRESIDENTE DEL CAPITULO DE MEDICINA CRITICA**  
**PEDIATRICA DEL CONSEJO MEXICANO DE**  
**CERTIFICACION EN PEDIATRIA, A.C.**  
**P R E S E N T E.-**

Por medio de la presente solicito al **CAPITULO DE MEDICINA CRITICA PEDIATRICA DEL CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACION EN PEDIATRIA, A.C.** que revise mi documentación y que de cumplir con los requisitos se me conceda el derecho a presentar el examen de certificación.

Es mi responsabilidad que la documentación sea recibida completa en la fecha y términos especificados y acepto que la resolución del comité evaluador es inapelable.

Estoy enterado que la cuota por derecho de certificación no es reembolsable y libero al **Cápitulo de Medicina Crítica Pediátrica del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría A.C.** e individualmente a los miembros del mismo de toda demanda por cualquier acción que ellos ejerzan en conexión con la presente solicitud, con los exámenes de certificación o con la negativa del consejo para extender el certificado en los términos de lo que al respecto prescriban los estatutos y reglamentos del propio consejo

Atentamente

---

NOMBRE COMPLETO

---

FIRMA