
LUGAR Y FECHA

DR. LUIS RAMIRO GARCIA LOPEZ

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 continuar con mi certificación vigente (recertificación).

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 recertificación no es reembolsable.

Atentamente

NOMBRE COMPLETO

FIRMA

NUMERO DE CERTIFICADO: _____