
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 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: _____