



Consejo Mexicano de Odontología Pediátrica A.C.

Fecha: _____ Número de Referencia: _____

Lugar de solicitud de examen: _____

1.- Nombre: _____

Apellido materno

Apellido materno

Nombre (s)

2. Fecha de Nacimiento: _____

3. Domicilio: _____

Calle

Número

Colonia

Código Postal

Ciudad

Estado

Telefonos. Consultorio () _____ . Celular () _____

mail: _____

RFC. _____

4. Título de Licenciatura emitido por: _____

Dirección: _____

Cédula Profesional: _____

5. Certificado de posgrado emitido por: _____

Nombre de la Universidad y/o Hospital

() MAESTRÍA

() ESPECIALIDAD

() Programa Hospitalario

() Programa Universitario

Año en el cursó el posgrado: _____

Duración y periodo en el que se cursó

() Número de Cédula Profesional: _____

() Trámite: _____

Nombre de su coordinador del Programa: _____

Manifiesto que tanto los datos asentados, como los documentos y/o copias de los mismos que acompañan esta solicitud, son ciertos en su totalidad y autorizo al CMOP a verificar cualquiera de ellos en caso de que fuera necesario, ya sea en el Programa de su Universidad, así como en la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación. (vía Digital)

Nombre y Firma: _____