

FOTO
INFANTIL

CONSEJO MEXICANO DE PERIODONCIA, A.C.



PROCESO DE CERTIFICACIÓN CMP SOLICITUD DE EXAMEN DE INGRESO

DATOS GENERALES:

NOMBRE _____
Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Domicilio Profesional: _____

Colonia: _____ C.P.: _____

Delegación o Municipio: _____ Estado: _____

Teléfonos de contacto: _____

Email: _____ RFC(homoclave): _____

Email: _____ CURP: _____

Domicilio Particular: _____

Colonia: _____ C.P.: _____

Delegación o Municipio : _____ Estado: _____

Teléfonos de contacto: _____

DATOS PROFESIONALES:

LICENCIATURA:

Institución/universidad: _____

Año de Ingreso: _____ Egreso: _____

Modo de titulación: _____

POSTGRADO:

Institución: _____

Año de Ingreso: _____. Egreso: _____

Modo de titulación: _____

Grado obtenido: _____

BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD

LUGAR, FECHA, NOMBRE Y FIRMA
(a mano y tinta azul)

PARA USO DE LA COMISION EVALUADORA

Fecha de recepción de documentos: _____

Fecha de notificación: _____

Fecha de examen: _____ Calificación _____

Fecha de Certificación: _____ No. De Registro (Certificado): _____ VoBo : _____

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN

Enviar en UN SOLO PDF, escaneado:

Curriculum vitae con foto, con los comprobatorios que avalen el CV.

Escaneo del título de la especialidad.

Escaneo de la cédula de especialidad.

Diploma o carta de 100% de créditos terminados.

Solicitud debidamente llenada, a computadora y firmada a mano pluma azul.

Link de envío:

Llenar cuestionario correctamente.

Enviar en físico:

3 fotografía tamaño infantil y 3 tamaño título (9X6) blanco y negro. (saco obscuro y corbata / vestido oscuro en fondo blanco) con su nombre al reverso escrito con lápiz.

2 fotografías en color tamaño infantil

Solicitud llenada y firmada.

Copia del pago de examen de certificación.

Copia de INE o Pasaporte.

Dra. Azalia Reyes Obeso

San Francisco 112-A, Col. Indeco Ánimas, Xalapa, Veracruz , CP 91190, tel 2288136038

Pago

El pago deberá ser depositado a la cuenta del Consejo Mexicano de Periodoncia, A.C.:

RFC: CMP9603064V1

Banco: BBVA

Nombre de la cuenta: Cuenta de cheques

Cuenta CLABE: 012 470 00120393819 8

Número de cuenta: 012 039 3819

Nombre: Consejo Mexicano de Periodoncia A.C.

Referencia: nombre completo.

1. Pago de la cuota de examen y certificación: \$2,500.00 (Dos mil quinientos pesos 00/100 M.N.), incluir copia del pago del banco con sus documentos.
2. Enviar una copia adicional del pago con su nombre por e-mail a tesoreria@consejoperiodoncia.com y presentar el original el día del examen.

San Francisco 112-A, Colonia Indeco Ánimas, Xalapa , Veracruz, CP 91190.