



**Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, AC.**

Organización con reconocimiento de idoneidad por el Comité Normativo Nacional  
de Consejos de Especialidades Médicas, A.C. 2018-2023.  
Fundación en 1987.

**S O L I C I T U D D E:**  
**EXAMEN DE CERTIFICACIÓN**

Solicito se me conceda el derecho a presentar el Examen de Certificación, y se me expida en caso de ser aprobado la Certificación de Idoneidad de Especialista en Medicina Familiar.

Acepto desde este momento que la resolución que emita el Consejo será inapelable. En consecuencia, de No aprobar el Examen, no me reservo acción o derecho alguno de ejercitar en contra del Consejo.

**ATENTAMENTE**

---

**NOMBRE**

---

**FIRMA**

--	--	--

Fecha

**Anáhuac 60, Col. Roma Sur, C.P. 06760, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.**

**Teléfonos: 55-55 74 53 87 ó 55-55 84 91 33**

**www.conmedfam.org.mx E-mail: contacto@conmedfam.org.mx**