

CURRICULUM VITAE PARA RECERTIFICACIÓN

Fecha: _____

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

FORMATO OFICIAL DE CURRICULUM VITAE

Información Personal

Fecha de Nacimiento: _____
Lugar de nacimiento: _____
Nacionalidad: _____
RFC con homoclave: _____
CURP: _____
Estado Civil: _____

Escolaridad

Título de Médico General expedido por: _____
Fecha de Expedición del Título: _____
Cédula Profesional de Médico Cirujano: _____

Estudios de Posgrado en Medicina Legal o Forense realizados en:

Sede Hospitalaria: _____
Institución: _____
Ciudad: _____
Fecha de Inicio: _____
Fecha de término: _____
Curso avalado por: _____
Cédula Especialidad: _____
Número de Certificación ante este Consejo: _____

Ejercicio Profesional de Medicina Legal y Forense:

Institución Pública o Privada: _____
Fecha de Ingreso: _____

Domicilio Permanente

Calle: _____
Número: _____
Colonia: _____
Delegación o Municipio: _____
Estado: _____
Código Postal: _____
Tel. particular o celular: _____
Correo electrónico: _____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA