



Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A. C. Comité de Certificación

REQUISITOS PARA CERTIFICACION

REQUISITAR FORMATOS

- Solicitud de ingreso al proceso de Certificación Profesional
- Datos de localización del solicitante

DOCUMENTACION REQUERIDA:

- Currículum actualizado.
 - Fotocopia título de licenciatura (ambos lados)
 - Fotocopia cédula Profesional (legible ambos lados)
 - R.F.C. y C.U.R.P. (en la misma hoja anotar domicilio fiscal)
 - Diploma de Especialidad (si la tiene)
 - Distinciones Odontológico-profesionales
 - Diplomas de Actualización
- Tres (3) Fotografías recientes de estudio, tamaño TITULO
 - Papel mate delgado, blanco y negro.
 - Vestimenta formal

NOTA: Anotar al reverso de cada una el nombre completo con lápiz.

- Anexar el original del Depósito en Santander 92001077770 (favor de quedarse con una fotocopia).

COSTOS:

SOCIOS	\$ 4,000.00
NO SOCIOS	\$ 5,000.00

RECEPCION DE TRAMITES Y DOCUMENTOS

COLEGIO NACIONAL DE CIRUJANOS DENTISTAS, A.C.

Pestalozzi # 1117 Col. Del Valle Deleg. Benito Juárez C.P. 03100

Tels. 01 (55) 5559 7371, 01 (55) 5559 2403 y (55) 55335 1354

Horario 09:00 a 14:00 y 17:00 a 20:00

RECOMENDACIÓN

- La correcta integración del expediente agilizará el proceso.
- Engargolado con portada transparente o si se entrega en CD para Word Arial 12
- Toda la información requerida es confidencial.



Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A. C. Comité de Certificación

SOLICITUD DE CERTIFICACION

Me permito solicitar la Certificación, en la inteligencia de que esta solicitud será estudiada por el Comité de Certificación

No. Expediente

PARA USO EXCLUSIVO DEL CNCD

1. Identificación:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Lugar y fecha de nacimiento

Estado Civil

Edad

2. Domicilio particular :

Calle

No. exterior

No. Interior

Colonia

C.P.

Delegación y/o Municipio

Estado

Teléfono

Teléfono

Celular

Domicilio consultorio :

Calle

No. exterior

No. Interior

Colonia

C.P.

Delegación y/o Municipio

Estado

Teléfono

Teléfono

e-mail

Domicilio fiscal :

Calle

No. exterior

No. Interior

Colonia

C.P.

Delegación y/o Municipio

Estado

Teléfono

Teléfono

R.F.C.

CURP

Idiomas que habla:

a)

b)

c)

3. Título de cirujano dentista:

Expedido (Escuela o Facultad)

Fecha de Emisión

Fecha de Titulación

No. Cédula Profesional

Fecha de Emisión

Diplomado en:

Escuela o Facultad

Fecha de emisión

Especialidad en:

Escuela o Facultad

Fecha de emisión

Maestría en:

Escuela o Facultad

Fecha de emisión

Fecha de Titulación

No. Cédula Profesional

Fecha de Emisión

Doctorado en:

Escuela o Facultad

Fecha de emisión

Fecha de Titulación

No. Cédula Profesional

Fecha de Emisión

4. Práctica profesional:

Odontología General

Ortodoncia

Odontopediatría

Cirugía Maxilofacial

Otras (especifique)

5. Docente en Odontología:

6. Institución donde presta sus servicios:

Puesto

Horario

Teléfono (s)

LUGAR Y FECHA

FIRMA

AVISO DE PRIVACIDAD

El Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A.C. con domicilio, en Pestalozzi # 1117 Col. Del Valle C.P. 03100 México, D. F. Tel y Fax 5559-7371 / 5559-2403 es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección en posesión de los particulares, ningún dato anterior es considerado como sensible.

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado a través del correo electrónico membresias@cncd.org.mx o físicamente.