



Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A. C.

SOLICITUD DE RECERTIFICACION

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

No. Expediente

1. Identificación

Apellido paterno	Apellido Materno	Nombre
Lugar y fecha de nacimiento	Estado civil	Edad

2. Domicilio particular

Calle	Número exterior	Número interior	
Colonia	C.P.	Delegación y/o Municipio	Estado
Teléfono	Celular		
R.F.C.	CURP		
Cédula Profesional			

REQUISITOS PARA EL EXPEDIENTE

☐

SOCIO

☐

NO SOCIO

☐

Certificado Original vigente

☐

Ficha de depósito a la cuenta Santander 92001077770 a nombre de el Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A.C.

☐

Curriculum Vitae anexando las constancias originales de educación continua, que avalen las 200 horas generadas durante los 5 años (40 horas por año) de acuerdo a los puntos establecidos en la Comprobación Curricular.

☐

Tres fotografías tamaño Título: blanco y negro con retoque en papel mate.

☐

Comprobación Curricular

Fecha de recepción del Expediente ante el CNCD ó Colegio Filial

Autorizo al Comité de Certificación del CNCD, a que verifique ante la Dirección General de Profesiones la autenticidad de la documentación oficial presentada.

Firma del solicitante

INFORMACION RECIBIDA POR EL CNCD Y/O COLEGIO FILIAL

Nombre del Colegio Filial

Nombre del Presidente del Colegio Filial

Teléfonos

Fecha de recepción del expediente

Fecha de examen