Nombre (s) y Apellidos (con acentos): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nacionalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

R.F.C.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.U.R.P.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. Ced. Profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. Ced. Especialista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Móvil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Colegio o Sociedad afiliado a FEMECOT o CMO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Domicilio Fiscal**: Calle y N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Régimen Fiscal.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Col.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alcaldía o Municipio.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hospital donde estudió su especialidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad que emitió su título de especialista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hospital en el que labora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Certificación inicial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de última Recertificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Subespecialidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

**DOCUMENTOS REQUERIDOS**

(deberán enviarse por e-mail a [info@cmot.com.mx](mailto:info@cmot.com.mx) antes del 24 de agosto 2022)

1. SOLICITUD DIRIGIDA AL **DR. M. IVÁN ENCALADA DÍAZ, PRESIDENTE DEL CONSEJO MEXICANO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA.**
2. COPIA DEL DIPLOMA DE CERTIFICACIÓN INICIAL, EN CASO DE NO TENERLO, INFORMAR FECHA DE PRESENTACIÓN DEL EXAMEN PARA COTEJAR CONTRA REGISTROS EN ACTAS DEL CMOT.
3. CURRICULUM.
4. COPIA DE NOMBRAMIENTO O CONSTANCIA QUE ACREDITE SU PRÁCTICA CLÍNICA INSTITUCIONAL PÚBLICA O PRIVADA.
5. BITÁCORA DE ACTIVIDADES QUIRÚRGICAS DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS (EN CASO DE PRÁCTICA PRIVADA SOLAMENTE).
6. 2 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL A COLOR (CUADRADAS), 2 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO DIPLOMA (OVALADAS) **SIN RETOQUE,** EN BLANCO Y NEGRO (CON TRAJE OBSCURO Y CORBATA PARA LOS VARONES), MÁXIMA CALIDAD FOTOGRÁFICA (SE ENTREGAN EL DÍA DEL EVENTO),
7. ENTREGAR SOLICITUD CORRESPONDIENTE, DISPONIBLE EN LA PÁGINA WEB DEL CONSEJO www.cmot.org.mx
8. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (IFE, INE, PASAPORTE).
9. CURP.
10. CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (RFC)
11. FICHA DE DEPÓSITO ORIGINAL O TRANSFERENCIA BANCARIA POR EL PAGO DE DERECHOS, $**8,500.00** (OCHO MIL QUINIENTOS PESOS 00/100 M.N.) LA CUENTA ES **0004396766** CON CLABE INTERBANCARIA **132180000043967668 MULTIVA** A NOMBRE DEL CONSEJO MEXICANO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, A.C. **(EN NINGÚN CASO TENDRÁ CARÁCTER DEVOLUTIVO).**

**NOTA: SI FALTA ALGUNO DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS NO SE PODRÁ LLEVAR A CABO LA INSCRIPCIÓN.**

**ESTA SOLICITUD NO AMPARA LA VIGENCIA DE CERTIFICACIÓN DEL PORTADOR.**

**LAS FOTOGRAFÍAS SE ENTREGAN EL DÍA DEL EVENTO.**