



FOLIO NO. _____

EL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL, A.C.
HA TENIDO A BIEN CONSIDERAR A SU
CURSO PARA SER CALIFICADO

NOMBRE DEL CURSO: _____

CURSO TEORICO _____ PUNTOS
CURSO PRACTICO _____ PUNTOS
CURSO TEORICO-PRACTICO _____ PUNTOS

COMISIÓN CIENTÍFICA

NOMBRE	FIRMA
DR. FERNANDO SORIANO PADILLA _____	_____
_____	_____
_____	_____

MEXICO, D.F. _____ DE _____ DE _____

NOTA: CADA DIPLOMA DEBERA DE LLEVAR EN LA ESQUINA SUPERIOR DERECHA LA SIGUIENTE LEYENDA:

CMCOM, A.C. _____

PUNTOS PARA RECERTIFICACION: _____ CURSO TEORICO

_____ CURSO PRACTICO



FOLIO No. _____

EL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL, A. C.

**FORMATO UNICO PARA SOLICITUD DE CALIFICACION DE CURSOS Y CONGRESOS
QUE SOLICITAN SER AVALADOS POR EL CONSEJO**

(Nombre del Curso o Congreso)

_____ AL _____
D/M/A D/M/A

(Fecha en que se llevará a cabo)

COMITÉ ORGANIZADOR:
(EJECUTIVO)

CARGO

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

NUMERO DE PROFESORES: _____

DIRIGIDO A: _____

NUMERO DE VECES QUE SE HA IMPARTIDO (CURSO)
PREVIAMENTE _____

CANTIDAD DE HORAS DE TRABAJO TEORICO: _____

(NO CUENTAN: INAUGURACION, CLAUSURA, ENTREGA DE
DIPLOMAS, RECESOS, EXAMEN PRE Y POST CURSO)

CANTIDAD DE HORAS DE TRABAJO PRACTICO:
(INCLUYE CONFERENCIAS, MESAS REDONDAS, VIDEOS,
TRABAJOS LIBRES, PRACTICAS EN CADAVERES, ANIMALES,
ESPECIMENES O CIRUGIA EN VIVO). _____

**UNA VEZ ACEPTADO SU CURSO O CONGRESO, FAVOR DE HACER EL DEPOSITO DE \$1500.00 POR
CONCEPTO DE AVAL A LA CUANTA 205- 7764042 DE BANAMEX Y ENVIAR LA FICHA POR FAX
DENTRO DE LOS SIGUIENTE 7 DÍAS HÁBILES QUE SE ACEPTE SU SOLICITUD**