|  |  |
| --- | --- |
| **SE DEBERÁ PROPORCIONAR EN ARCHIVO ADJUNTO:****1**.- TRIPTICO DE LA ACTIVIDAD ACADÉMICA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA, QUE SE TRATE.**2.-** CURRICULUM VITAE DE CADA UNO DE LOS PONENTES O CONFERENCISTAS; APLICA TANTO PARA NACIONALES COMO PARA INTERNACIONALES.**NOTA:** SE SUGIERE REVISAR EL DOCUMENTO “LINEAMIENTOS PARA LA EVALUACIÓN MÉDICA CONTINUA” ESTABLECIDOS POR EL CONACEM. ASÍ MISMO, LA ACTIVIDAD ACADÉMICA A EVALUAR, DEBERÁ APEGARSE AL MARCO NORMATIVO DEL CMCOM. | **Fecha:**  |

**N O T A: FAVOR DE LLENAR EN LA COMPUTADORA y ENVIAR AL MAIL:** consejomaxilof@hotmail.com

1. **DATOS DEL SOLICITANTE**

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE :  |
| CONSEJO A QUE PERTENECE:  | No. Certificado:  |

**2) DATOS DE LA SOCIEDAD, INSTITUCION, UNIVERSIDAD U ORGANIZACION**

|  |
| --- |
| NOMBRE:  |
| CALLE:  | NÚMERO:  |
| COLONIA:  | C.P.:  |
| ALCALDÍA O MUNICIPIO:  |
| CIUDAD:  | ENTIDAD FEDERATIVA:  |
| TELÉFONO:  | CELULAR :  |
| **Correo Electrónico:**  |

 **3) DATOS DE LA ACTIVIDAD ACADÉMICA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA A EVALUAR**

|  |
| --- |
| NOMBRE DE ACTIVIDAD ACADÉMICA:  |
| TIPO DE ACTIVIDAD ACADÉMICA:  |
| FECHA EN QUE SE DESARROLLARÁ:  |
| NÚMERO DE HORAS ACADÉMICAS EFECTIVAS: (teóricas)  |  | Prácticas:  |
| CIUDAD:  |  | ENTIDAD FEDERATIVA:  |
| TELÉFONO:  |  |

**4) DATOS COMITÉ ORGANIZADOR DE LA ACTIVIDAD ACADÉMICA:**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE:  | TELÉFONO:  |
| CARGO O FUNCIÓN:  |
| NOMBRE:  | TELÉFONO:  |
| CARGO O FUNCIÓN:  |

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, de manera libre, consciente y sin coacción alguna, que tanto la información escrita, como la documentación proporcionada son auténticas y que mi proceder es de buena fe; de no ser así, asumo plenamente las responsabilidades que fijen las leyes y/o el Marco Normativo Vigente, además de que sea NEGADO el AVAL motivo de la presente solicitud.

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |

 NOMBRE FECHA FIRMA

 FIRMA