

México, \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

**CONSEJO MEXICANO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA A.C.**

**P R E S E N T E:**

Por este conducto solicito al Consejo Mexicano de Neurofisiología Clínica A.C., que de acuerdo a los requisitos exigidos por la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones y la Ley General de Salud en su Artículo 81, donde se establece que los Especialistas Médicos (mexicanos por nacimiento, naturalizados o extranjeros), cuenten con un certificado expedido por el Consejo de la Especialidad correspondiente con reconocimiento de Idoneidad, ***es mi voluntad ser evaluado a través de examen de certificación (teórico – práctico)*** de acuerdo con sus estatutos y en caso de ser aprobado, se me expida el Diploma de certificación respectivo.

Al recibir el Diploma, me comprometo a cumplir cabalmente con los objetivos de una adecuada práctica clínica; en caso de violación a los Estatutos del Consejo, éste podrá revocar o cancelar dicho certificado. Así mismo, estoy de acuerdo en liberar al Consejo Mexicano de Neurofisiología Clínica A.C., a sus miembros examinadores y ejecutivos de cualquier demanda o queja por daño o por cualquier acción que ellos tomen en respuesta a mi solicitud para sustentar el examen de certificación si no cubro los requisitos exigidos en la convocatoria o en caso no aprobar el examen.

Autorizo al Consejo Mexicano de Neurofisiología Clínica A.C. a enviar mis datos personales relacionados con la certificación o certificación vigente al Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) para su eventual difusión, en cumplimiento al artículo 272 Bis 3 de la Ley General de Salud.

**A T E N T A M E N T E**

---

**Nombre**

---

**Firma**