

---

LUGAR Y FECHA

**DR. ANDRES BLANCO MONTERO**  
**PRESIDENTE DEL CAPITULO DE MEDICINA CRITICA**  
**PEDIATRICA DEL CONSEJO MEXICANO DE**  
**CERTIFICACION EN PEDIATRIA, A.C.**  
**P R E S E N T E.-**

Por medio de la presente solicito al **CAPITULO DE MEDICINA CRITICA PEDIATRICA DEL CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACION EN PEDIATRIA, A.C.** que revise mi documentación y que de cumplir con los requisitos se me conceda el derecho a presentar el **examen de certificación.**

Es mi responsabilidad que la documentación sea recibida completa en la fecha y términos solicitados y acepto que la resolución del comité evaluador es inapelable.

Estoy enterado que la cuota por derecho de certificación no es reembolsable y libero al CAPITULO DE MEDICINA CRÍTICA PEDIÁTRICA DEL CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACIÓN EN PEDIATRIA, A.C., e individualmente a los miembros del mismo, de toda demanda por cualquier acción que ellos ejerzan en conexión con la presente solicitud, con los exámenes de certificación o con la negativa del consejo para extender el certificado, en los términos de lo que al respecto prescriban los estatutos y reglamentos del propio consejo.

Atentamente,

---

NOMBRE COMPLETO

---

FIRMA