

DATOS GENERALES

NOMBRE COMPLETO			
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	
NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL	
CURP		RFC	
TELÉFONO PARTICULAR		TELÉFONO CONSULTORIO	
DIRECCIÓN PARTICULAR	CALLE _____ NÚMERO _____ COLONIA _____ C.P. _____		
CORREO ELECTRÓNICO			

EDUCACIÓN PROFESIONAL

LICENCIATURA	UNIVERSIDAD	INGRESO	EGRESO	CÉDULA	REG. SSA.
ESPECIALIDAD	UNIVERSIDAD / DEPENDENCIA	INGRESO	EGRESO	CÉDULA	REG. SSA.

EXPERIENCIA HOSPITALARIA

INSTITUCIÓN	CATEGORÍA	FECHA INICIO	FECHA TÉRMINO

TRABAJO ACTUAL

INSTITUCIÓN	CATEGORÍA	FECHA DE INICIO

ÁREAS DE INTERÉS

CLÍNICA _____	DOCENCIA _____	INVESTIGACIÓN _____	ASISTENCIAL _____
----------------------	-----------------------	----------------------------	--------------------------

REQUISITOS

Favor de adjuntar con esta solicitud los documentos que corroboren la información que nos está brindando. A continuación se enlistan los documentos que deberá enviar vía correo electrónico a: calidad@clinicadelnoroeste.com o de manera presencial al departamento de Calidad.

- CURRICULUM
- TÍTULO PROFESIONAL
- CÉDULA PROFESIONAL
- PERMISO PARA EJERCER / REGISTRO DE TÍTULO SSA.
- TÍTULO O DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
- CÉDULA DE ESPECIALIDAD
- PERMISO PARA EJERCER LA ESPECIALIDAD
- CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO AL QUE PERTENECE
- CURP
- COMPROBANTE DE SITUACIÓN FISCAL
- PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL O MALA PRAXIS
- CARTA DE SOLICITUD DE PRIVILEGIOS
- FOTOGRAFÍA TAMAÑO INFANTIL

Declaro que la información aquí presentada es verídica y doy mi expreso consentimiento para que la información sea verificada. Asimismo entiendo que la presente Solicitud no es garantía de que sea aceptado(a) como profesional credencializado dentro de Grupo Clínica del Noroeste.

FIRMA DEL SOLICITANTE / FECHA