

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 INTERES

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 a cualquiera de estos medios: correo electrónico calidad@clinicadelnoroeste.com, WhatsApp 6621080922 o de manera presencial en el Departamento de Enseñanza y Calidad.

- CURRÍCULUM
- 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
- CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL
- PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL O MALA PRAXIS
- CARTA DE SOLICITUD DE PRIVILEGIOS
- FOTOGRAFÍA TAMAÑO INFANTIL
- 2 CARTAS DE RECOMENDACIÓN DE MÉDICOS ACTIVOS EN EL HOSPITAL

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