



# CERTIFICACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIA 2021

Llene esta solicitud con los datos correctos, imprima y **ADJÚNTELA** a los documentos que entregará físicamente.

Lugar de solicitud

Fecha de solicitud

Nombre completo

Fecha de nacimiento

Edad

Sexo

RFC (con homoclave)

CURP

Calle y NÚMERO

Colonia

Delegación o Municipio

Estado

Código Postal

Nacionalidad

Teléfono (con lada)

Fax (con lada)

NÚMERO de celular

Correo electrónico

Cédula de Licenciatura

Hospital donde realizó la residencia

Hospital donde labora

Dirección del trabajo

Cargo

Teléfono del trabajo

Institución encargada del programa académico

Año de graduación

Especialidad realizada

¿Ha realizado previamente el examen? (Conteste SI o NO)

Comentarios

Cédula de Especialidad

Al llenar la presente solicitud, hago constar que los datos arriba mencionados son verídicos y autorizo a los directivos del Consejo Mexicano de Medicina de Urgencia A.C. a realizar las verificaciones necesarias cuando así lo consideren. Enviar este formulario no garantiza que seré aceptado(a) para la presentación del examen de certificación.

## AVISO DE PRIVACIDAD

Es obligación del CONSEJO MEXICANO DE MEDICINA DE URGENCIA Asociación Civil, que los datos y la información que se recaben de los miembros y aspirantes solo tendrá como finalidad el cumplimiento del objeto social del CONSEJO MEXICANO DE MEDICINA DE URGENCIA Asociación Civil, por lo que para los efectos del aviso de privacidad a que se refiere la ley de protección de datos personales en posesión de los particulares, se manifieste lo siguiente:

a) La persona moral responsable de los datos a que se refiere esta fracción será el CONSEJO MEXICANO DE MEDICINA DE URGENCIA Asociación Civil.

El domicilio del citado responsable es: Avenida Canal de Miramontes No. 1664, Col. Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México, C.P.04200

b) Las finalidades del tratamiento de los datos serán todas las relativas a la certificación y a los actos para la vigencia de la misma, que EFECTÚEN los médicos especialistas interesados, así como la puesta a disposición de la Secretaría de Salud de un directorio electrónico, con acceso al PÚBLICO en los términos de lo dispuesto por el artículo 272 Bis 3, de la Ley General de Salud.

c) Los medios para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los datos proporcionados serán: por escrito emitido por personas autorizadas y a través de los medios electrónicos convencionales para la emisión y recepción de información.

d) Cualquier transferencia de datos se hará con el previo conocimiento de los miembros, excepto aquellas a que obliga la ley.

e) Los procedimientos para comunicar a los asociados los cambios de avisos de privacidad se harán de conformidad con lo previsto en la Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares.