



Ciudad de México, a de del .

DRA. GABRIELA AMBRIZ GONZÁLEZ
PRESIDENTA
CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA, A.C.
PRESENTE.

Por medio de la presente me dirijo a usted, para manifestarle que deseo ser Recertificado por el Consejo que dignamente preside, por lo que le envío la solicitud y la documentación digitalizada que se requiere, en el entendido que he cubierto el total de los requisitos y que, además, en los rubros no demostrables, he vertido información honesta y apegada a la realidad. Acepto que es mi responsabilidad el hecho de que mi solicitud sea recibida en la fecha solicitada y que la resolución del Comité Evaluador es inapelable. Así mismo, estoy enterado que la cuota por derecho de Recertificación no es reembolsable.

En espera de su resolución, quedo a sus órdenes para cualquier aclaración o duda.

ATENTAMENTE

Nombre y firma