

Federación Mexicana de Profesionales de la Salud para la Promoción, Prevención y Atención del Desarrollo Infantil A.C

Solicitud de afiliación



Ficha de identificación

Nombre(s): Apellido(s):

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): Lugar de nacimiento:

Domicilio Calle: No exterior: No interior:

Colonia: Delegación o municipio:

CP: Estado: País: Tel domicilio:

Celular: Email:

Máximo Nivel Académico Obtenido Formalmente

Licenciatura Maestría Especialización Doctorado Post Doc

Cédula profesional de:

Licenciatura Maestría Doctorado Postdoc

Lugar en que labora:

Funciones que desempeña:

Los requisitos para formar parte de la Federación son los siguientes:

- Solicitud de afiliación
- 2 fotografías tamaño infantil
- Curriculum vitae breve (de 2 a 3 cuartillas)
- Copia del título profesional por ambos lados
- En caso de tener maestría y/o doctorado copia del certificado por ambos lados
- Copia de cédula profesional por ambos lados
- Carta de recomendación de uno de los socios de la Federación (En caso de contar con ella)