Ficha de Registro

FOTO

Fecha:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información Personal** | | | | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | | Nombres | |
|  | |  | |  |
| RFC |  | | CURP | |
|  | | | |  |
| Teléfono Particular |  | | Teléfono Móvil | |
|  | | | |  |
| E-mail: |  | | Tipo de Sangre | |
|  | | | |  |
| En caso de Emergencia llamar a | | | Teléfono Contacto | |
|  | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información Profesional** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Profesión | | | | | | | | Especialidad | | | | | | | |
| Situación: | No tengo |  | Trámite |  | Vigente | |  | Situación: | | No tengo |  | Trámite |  | Vigente |  |
| Nombre su Título Profesional: |  | | | | | | | Nombre el Título de Especialidad: | |  | | | | | |
| Núm. de Cédula: |  | | | | | | | Núm. de Cédula: | |  | | | | | |
| Institución donde presta Servicio: | IMSS | | ISSSTE | | | ISEM | | | ISSEMYM | UAEM | | OTRO: | | | |
| Lugar de Adscripción: |  | | | | | | Servicio prestado en este lugar: | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información COMEFAM** | | | | | | | | | | |
| ¿Formaría parte de alguna comisión? (X) | | | Si | No | | Estatus y fecha de Certificación | | |  | |
| Indique en cuál (X): | Académica⭘ | Investigación⭘ | | | Difusión⭘ | | Peritos⭘ | Planificación⭘ | | Consultiva Internacional⭘ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tengo el compromiso de entregar / enviar para los trámites administrativos necesarios, **copia** de la siguiente documentación: | | | | | | | |
|  Título de Profesión |  |  Título de Especialidad |  |  CURP |  |  Fotografía tamaño infantil (2) |  |
|  Cédula Profesión |  |  Cédula de Especialidad |  |  IFE |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PAQUETE DE ANUALIDAD | $ Pago | PERIODO Mes / Año a Mes / Año | Forma de pago: | | |
|  |  |  | Efectivo ⭘ | Transferencia⭘ | Depósito⭘ |

Autorizo al Consejo Directivo utilizar la información anteriormente proporcionada para integrar al COMEFAM. A.C.

Firma