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