Ficha de Registro

FOTO

1. Selecciona este cuadro

2. ve a formato de forma

3. ve a relleno de forma

4. despliega el menú de relleno de forma

5. elige foto o imagen

6. carga la foto

7. elimina este texto

O simplemente inserta tu foto y coloca encima de este recuadro

Fecha:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Información Personal** | | | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | |
|  |  |  | |
| RFC |  | CURP | |
|  | |  | |
| Dirección (Calle, No, Colonia, Ciudad, Estado) | | Tel Whatsapp / Tel Particular | |
|  | |  |  |
| 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 | |  | ISSEMYM | |  | ISSSTE | |  | ISEM |  | 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 |  |

|  |
| --- |
|  |
| NOMBRE O FIRMA |

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