**SOLICITUD DE INSCRIPCION AL DIPLOMADO EN MEDICINA CIRUGIA Y PRODUCCION EN EQUINOS**

**\*Este formato es valido para Médicos Veterinarios Titulados, Pasantes y Estudiantes de los ultimos semestres\***

Esta solicitud deberá acompañarse con una **copia** por ambos lados del Título y Cédula Profesional o copia del examen profesional, Carta de Pasante o Credencial de Estudiante actualizada, Identificación vigente, curriculum vitae, carta compromiso, fotografia reciente en formato .jpg.según sea el caso.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre (s): | | | | | | |
| Apellidos: | | | | | | |
| Domicilio: | | | | Colonia: | | |
| Del. / Municipio: Estado: | | Ciudad: | | | | C.P. |
| CURP/RFC: | | | | | | |
| Grado: | | MVZ Titulado ( ) | | Pasante ( ) | | Estudiante ( ) |
| Datos Laborales: | | | | | | |
| Empresa: | | | | | | |
| Domicilio: | | | | Colonia: | | |
| Del. / Municipio: | | Ciudad: | | | | C.P. |
| Estado: | | | | | | |
| Teléfono Particular: | | | | Tel. Trabajo: | | |
| Fax: | | | | Celular: | | |
| Contacto para emergencias: | | | | Email: | | |
| Egresado de: | | | | Generación: | | |
| Fecha de Titulación: | | | | Cédula Profesional: | | |
| Socio desde: | | | | Pagado: | | |
| Fecha de Nacimiento: **Num. Certificación Conevet** | | | | | | |
| Posgrado / Especialidad: **Num. Credencial FEM** | | | | | | |
| Práctica de Equinos | < 25 % ( ) | | 25-50 % ( ) | | 50-75 % ( ) | 100 % ( ) |
| Actividad Principal dentro de su Práctica en Equinos: Medicina ( ) Oftalmología ( ) Odontología ( ) Industria ( ) Reproducción ( ) Medicina deportiva ( ) Investigación/Docencia ( ) Cirugía ( )  Medicina complementaria ( ) | | | | | | Perinatología ( )  Otro ( ) |

**SOCIOS AMMVEE**

INSCRIPCIÓN $ 3,500.00 ( )

CUOTA POR CADA MÓDULO $ 3,500.00 ( )

MÓDULOS INDIVIDUALES $ 4, 000.00 ( )

**NO SOCIOS AMMVEE**

INSCRIPCIÓN $ 4,500.00 ( )

CUOTA POR CADA MÓDULO $ 4,500.00 ( )

MÓDULOS INDIVIDUALES $ 5,000.00 ( )

La documentación y esta solicitud deberá enviarse al correo electrónico ammvee@ammvee.org.mx***.***

Por la presente, yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifico que he leído y entendido la información precedente, me comprometo a cumplir con los requisitos del Diplomado en Medicina, Cirugía y Producción en Equinos y reitero mi compromiso para mi desempeño.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo y firma: | Fecha: |