**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: |