



Instituto Nacional de Cancerología

REQUISITOS DE INGRESO PARA ESPECIALIDAD CON DURACION DE 3 AÑOS

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

1. SOLICITUD DE INGRESO AL INSTITUTO.
2. DOS CARTAS DE RECOMENDACIÓN DE SU INSTITUCION DE PROCEDENCIA (ENTREGAR EN SOBRE CERRADO).
3. EDAD LIMITE DE 35 AÑOS.
4. CARTA DE OBJETIVOS.
5. CERTIFICADO DE SALUD EXPEDIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD (SOLO SI ES ACEPTADO)
6. 4 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL DE FRENTE A COLOR Y EN PAPEL BRILLANTE.
7. COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO.
8. COPIA DE RFC (**SI NO LO TIENE TRAMITAR AL TEL.018004636728 INFOSAT Y SOLICITARLA COMO CONSTANCIA DE RFC**).
9. COPIA DE **CURP, IFE, CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR LIBERADA POR AMBOS LADOS.**
10. COPIA DEL ÚLTIMO TITULO REGISTRADO.
11. COPIA CONSTANCIA DE SERVICIO SOCIAL E INTERNADO DE PREGRADO.
12. COPIA DE CALIFICACIONES DE LA CARRERA.
13. COPIA DE CEDULA PROFESIONAL Ó CONSTANCIA CERTIFICADA DE ESTUDIOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.
14. COPIA DE CONSTANCIA DE HABER APROBADO EL EXAMEN NACIONAL DE ASPIRANTES A RESIDENCIAS MÉDICAS Y DEL EXAMEN DE INGLES.
15. COPIA DE CONSTANCIA DE ESTAR REALIZANDO EL 4° AÑO DE LA ESPECIALIDAD O DIPLOMA DE TEMINO, PARA (**CIRUGIA, GINECOLOGIA Y ONCOLOGIA MÉDICA**).
16. COPIA DE CONSTANCIA DE ESTAR EN EL 2° AL 4° AÑO DE MEDICINA INTERNA, PARA (**HEMATOLOGIA, RADIO-ONCOLOGIA**).
17. CURRÍCULUM VITE COMPLETO, CON CONSTANCIA DE LAS ACTIVIDADES ACADEMICAS, DOCENTES Y PUBLICACIONES CIENTIFICAS REALIZADAS. (SIN PERFORAR).
18. CARTA DE NO INHABILITACION (SOLO SI ES ACEPTADO).
19. FILIACIÓN ANTE LA SSA (SOLO SI ES ACEPTADO).
20. TODA LA DOCUMENTACION SE ENTREGARA EN TAMAÑO CARTA Y LEGIBLE, LIMITE DE ENTREGA 15 DE SEPTIEMBRE DE 2009.
21. **COSTO DEL PROCESO DE ADMISION ES DE \$ 1.000.00 PESOS, EL PAGO SE REALIZARA EN BANCO SANTANDER A LA CUENTA NO. 65502136852 A NOMBRE DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA SUCURSAL: 5550 (INDISPENSABLE PARA PRESENTAR EL EXAMEN Y EL MONTO NO ES REEMBOLSABLE).**
22. EXAMEN DE ADMISIÓN, SE LLEVARA A CABO EL, LUNES 5 DE OCTUBRE A LAS 7:50 HORAS EN EL AUDITORIO DEL INSTITUTO, INDISPENSABLE TRAER LAPIZ, GOMA Y PLUMA.
23. PROCESO DE ENTREVISTAS CON EL COMITE DE SELECCION LOS DIAS 5, 6, 7, 8, 9 DE OCTUBRE, TOMARLO EN CUANTA NO SE HARAN CABIOS NI MODIFICACIONES.
24. **CIRUGIA ONCOLOGIA, GINECOLOGIA ONCOLOGICA, HEMATOLOGIA, RADIO-ONCOLOGIA Y ONCOLOGIA MÉDICA.**

NOTA: EL INCUMPLIMIENTO U OMISION DE LOS REQUISITOS OCASIONARAN LA INVALIDACION DEL PROCESO DE SELECCION, ASI MISMO LOS ACEPTADOS ENTREGARAN DOS COPIAS MAS DE LOS PUNTOS 7 AL 19 AL MOMENTO DE RECOJER SU CARTA DE ACEPTACION.



Instituto Nacional de Cancerología

DIRECCION DE DOCENCIA
SUBDIRECCION DE EDUCACION MÉDICA
SOLICITUD DE INGRESO A LA SUBESPECIALIDAD
(FICHA DE IDENTIFICACION)

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

RFC: _____ CURP: _____ Cédula Profesional: _____

Domicilio Actual: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Universidad: _____

Promedio: _____ Años de Especialidad: _____

Instituto de procedencia: _____

Fecha y lugar obtenido en el Examen Nacional: _____

Subespecialidad que solicita realizar: _____

Indique fecha de ingreso al Gobierno Federal y Secretaría de Salud: _____

Indique talla de bata: _____ y medida de Calzado en cm: _____



Instituto Nacional de Cancerología

**DIRECCION DE DOCENCIA
SUBDIRECCION DE EDUCACION MEDICA**

DATOS DEL CURRICULUM

Nombre completo: _____

Escuela de Procedencia nivel Licenciatura: _____

Ciudad y/o País: _____ Período: _____

Año de ingreso a la Licenciatura: _____ Promedio de la Licenciatura: _____

Fecha de aprobación del examen profesional: _____

Actividad Actual: _____

¿Efectuó Servicio Social? Si: _____ No: _____

Lugar: _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Término: _____

ACTIVIDAD HOSPITALARIA DE PREGRADO

Nombre del Hospital: _____

Institución al que pertenece: _____

Servicios en los que estuvo Adscrito: _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Término: _____



Instituto Nacional de Cancerología

Título de Tesis Profesional: _____

Examen Profesional: _____

Fecha de Presentación: _____

Título Obtenido: _____

Actividad Hospitalaria de Posgrado: _____

Estudio de Posgrado: _____

Universidad: _____

Hospital: _____

Idiomas indicar (% de dominio): _____

Sociedades Científicas ó Culturales a las que Pertenece: _____

Actividades Docentes ó Profesionales Actuales: _____

Publicaciones (anexe fotocopia de la primera Pág. de cada una)

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Término: _____

Fecha de elaboración:

Firma: