



Instituto Nacional de Cancerología

DIRECCION DE DOCENCIA
SUBDIRECCION DE EDUCACION MÉDICA

REQUISITOS PARA EL CURSO DE ENTRENAMIENTO 2011-2012
PSICOONCOLOGIA DURACION UN AÑO

NOMBRE DEL MEDICO: _____

- 1) SOLICITUD DE INGRESO AL INSTITUTO.
- 2) CARTA DE OBJETIVOS.
- 3) CERTIFICADO RECIENTE DE SALUD.
- 4) CURRICULUM VITAE IMPRESO, SIN PERFORAR (ANEXANDO DOCUMENTOS COMPROBATORIOS).
- 5) 4 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL DE FRENTE EN COLOR Y PAPEL BRILLANTE.
- 6) COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO.
- 7) COPIA DE **CURP, IFE, CARTILLA MILITAR LIBERADA POR AMBOS LADOS** (SOLO HOMBRES).
- 8) SI ES EXTRANJERO F-M3 Y PASAPORTE Y LOS DOCUMENTOS DEBERAN DE ESTAR APOSTILLADOS
- 9) COPIA DEL ÚLTIMO TÍTULO REGISTRADO.
- 10) COPIA CONSTANCIA DE SERVICIO SOCIAL.
- 11) COPIA DE CALIFICACIONES DE LA CARRERA.
- 12) COPIA DE CEDULA PROFESIONAL O CONSTANCIA CERTIFICADA DE ESTUDIOS DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA.
- 13) CONSTANCIA DE INGLES (LECTURA Y COMPRESION)
- 14) DOS CARTAS DE RECOMENDACION DEL AREA DE PSICOLOGIA U ONCOLOGIA.
- 15) FECHA LIMITE DE RECEPCION DE DOCUMENTOS 20 DE OCTUBRE de 2010
- 16) FECHA DE ENTREVISTAS LOS DIAS 22,23 y 24 DE NOVIEMBRE
- 17) COSTO POR EL PROCESO DE ADMISION ES DE \$ 2,000.00 (DOS MIL PESOS 00/100 M.N) EN BANCO SANTANDER A LA CUENTA NO. **65502136852 SUCURSAL. 5550** A NOMBRE DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (MONTO DEL PROCESO NO ES REEMBOLSABLE)
- 18) EL PAGO DEL PROCESO NO GARANTIZA LA ACEPTACION AL CURSO.

PARA MAYOR INFORMACION CON EL **PSICO-ONCOLOGO. SALVADOR ALVARADO AGUILAR**
A TELEFONO 56-28-04-00 EXT. 251 DE 13:00 A 15:00 HRS.

**NOTA: SE HACE DE SUS CONOCIMIENTO QUE ESTE CURSO NO CUENTA CON NINGUN TIPO DE BECA.
EL INCUMPLIMIENTO U OMISIÓN DE LOS REQUISITOS OCASIONARAN LA INVALIDACION DE PROCESO DE SELECCION**



Instituto Nacional de Cancerología

SOLICITUD DE INGRESO AL CURSO DE PSICOONCOLOGIA (FICHA DE IDENTIFICACION)

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

RFC: _____ CURP: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio Actual: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Cédula Profesional: _____

Universidad: _____

Instituto de procedencia: _____

Talla de bata: _____ Medida de Calzado en Cm: _____



Instituto Nacional de Cancerología

FAVOR DE LLENAR DATOS

Nombre completo: _____

Escuela de Procedencia: _____

Ciudad y/o País: _____ Promedio de Estudios: _____

Forma de Titulación: _____

Título de Tesis Profesional: _____

Actividad Actual _____

¿Efectuó Servicio Social? Si: _____ No: _____

Lugar: _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Término: _____

ACTIVIDAD CLINICA

Privada: _____ Institucional: _____

Actividades que realiza: _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Término: _____