



Instituto Nacional de Cancerología

REQUISITOS PARA CURSOS DE ALTA ESPECIALIDAD (POSGRADO)

CON DURACION DE UN A DOS AÑO

NOMBRE DEL MEDICO: _____

1. SOLICITUD DE INGRESO AL INSTITUTO, DOS CARTAS DE RECOMENDACION DE SU INSTITUCION DE PROCEDENCIA, (ENTREGAR EN SOBRE CERRADO).
2. EDAD LIMITE 35 AÑOS.
3. CARTA DE OBJETIVOS.
4. CERTIFICADO MÉDICO, DE LA SECRETARIA DE SALUD (SOLO SI ES ACEPTADO)
5. 4 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL DE FRENTE A COLOR Y EN PAPEL BRILLANTE.
6. COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO LEGIBLE.
7. COPIA DE R.F.C (SI NO LO TIENE TRAMITAR AL TEL: 018004636728 INFOSAT COMO CONSTANCIA DE RFC).
8. COPIA DEL CURP, IFE, CARTILLA MILITAR LIBERADA POR AMBOS LADOS INDISPENSABLE.
9. COPIA DEL TITULO DE LA LICENCIATURA EN MEDICINA REGISTRADO COPIA DEL TITULO Ó DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD PREVIA.
10. COPIA CONSTANCIA DE SERVICIO SOCIAL E INTERNADO DE PREGADO.
11. COPIA DE CALIFICACIONES DE LA CARRERA (LICENCIATURA) Y ESPECIALIDAD PREVIA (PARA TODOS).
12. COPIA DE CONSTANCIA DE HABER APROBADO EL EXAMEN NACIONAL DE ASPIRANTES A RESIDENCIAS MÉDICAS Y DEL EXAMEN DE INGLES.
13. COPIA DE CONSTANCIA DE LA ESPECIALIDAD TERMINADA EXPEDIDA POR UNA INSTITUCIÓN DE SALUD Y, CERTIFICADO DEL CONSEJO DE ESPECIALIDAD.
14. COPIA DE CEDULA DE MEDICO ESPECIALISTA O CONTANCIA DE TRAMITE DE TITULACIÓN DE SU UNIVERSIDAD. (SOLO SI ES ACEPTADO)
15. CURRICULUM VITE COMPLETO, CON CONSTANCIAS DE LAS ACTIVIDADES ACADEMICAS, DOCENTES Y PUBLICACION CIENTIFICAS REALIZADAS (SIN PERFORAR).
16. CARTA DE NO INHABILITACION (SOLO SI ES ACEPTADO).
17. TODA LA DOCUMENTACION DEBERA ENTREGARSE EN TAMAÑO CARTA Y LEGIBLE, FECHA LIMITE DE RECEPCION 8 DE OCTUBRE DE 2010.
18. 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).
19. EXAMEN DE EVALUACION SE LLEVARA A CABO EL 8 DE NOVIEMBRE DE 2010 A LAS 8:00 EN EL AUDITORIO DEL INSTITUTO INDISPENSABLE TRAER LAPIZ, GOMA Y PLUMA.
20. PROCESO DE ENTREVISTAS SERA APARTIR DEL 8 AL 12 DE NOVIEMBRE 2010 (TOMARLO EN CUENTA).
21. EL PAGO DEL PROCESO NO GARANTIZA LA ACEPTACION A LA RESIDENCIA MEDICA.

*** A CONTINUACIÓN ENCONTRARÁ LOS FORMATOS DE SOLICITUD DE INGRESO MISMO QUE DEBERÁ DE LLENAR A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE, ESTOS FORMATOS NO CUENTA COMO CURRÍCULUM Y ES NECESARIO QUE LA INFORMACIÓN SEA LA CORRECTA.

NOTA: EL INCUMPLIMIENTO U OMISION DE LOS REQUISITOS OCASIONARAN LA INVALIDACION DE PROCESO DE SELECCION, ASI MISMO LOS ACEPTADOS ENTREGARAN DOS COPIAS MAS DE LOS PUNTOS 6 AL 16 AL MOMENTO DE RECOJER SU CARTA DE ACEPTACION.



Instituto Nacional de Cancerología

SOLICITUD DE INGRESO A CURSO DE POSGRADO
(FICHA DE IDENTIFICACIÓN)

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

RFC: _____ CURP: _____ Cédula Profesional: _____

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

Domicilio Actual: _____

Teléfono: (01) () _____ Celular: _____

E-mail (letra legible): _____

Universidad donde curso la Licenciatura: _____

Promedio: _____ Años de Especialidad: _____

Instituto de procedencia: _____

Fecha y lugar obtenido en Examen Nacional a Residencias Médicas: _____

Posgrado que solicita realizar: _____

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



Instituto Nacional de Cancerología

FAVOR DE LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS

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: