



# 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 MEDICO RECIENTE 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 TITULO DE LA LICENCIATURA EN MEDICINA COPIA DEL TITULO O DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD PREVIA (CIRUGÍA ONCOLOGICA I GINECOLOGIA ONCOLOGICA) REGISTRADOS.
11. COPIA CONSTANCIA DE SERVICIO SOCIAL E INTERNADO DE PREGRADO.
12. COPIA DE CALIFICACIONES DE LA CARRERA (LICENCIATURA) Y ESPECIALIDAD PREVIA (TODOS).
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 PARA (CIRUGIA ONCOLOGICA Y GINECOLOGIA ONCOLOGICA).
16. COPIA DE CONSTANCIA DE ESTAR EN EL 2° AL 4° AÑO DE MEDICINA INTERNA, PARA (HEMATOLOGIA, RADIOONCOLOGIA Y ONCOLOGIA MÉDICA) .
17. CURRICULUM 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. TODA LA DOCUMENTACION SE ENTREGARA EN TAMAÑO CARTA Y LEGIBLE, LIMITE DE ENTREGA 8 DE OCTUBRE 2010.
20. 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).
21. EXAMEN DE ADMISIÓN, SE LLEVARA A CABO EL DIA 25 DE OCTUBRE DE 2010, A LAS 8:00 HORAS EN EL AUDITORIO DEL INSTITUTO, INDISPENSABLE TRAER LAPIZ, GOMA Y PLUMA.
22. PROCESO DE ENTREVISTAS CON EL COMITE DE SELECCION LOS DIAS 25 AL 29 DE OCTUBRE 2010.
23. CIRUGIA ONCOLOGIA, GINECOLOGIA ONCOLOGICA, RADIO ONCOLOGIA, HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA MÉDICA.

\*\*\* A CONTINUACIÓN ENCONTRARÁ LOS FORMATOS DE SOLICITUD DE INGRESO MISMOS 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 DEL PROCESO DE SELECCION, ASI MISMO LOS ACEPTADOS ENTREGARAN DOS COPIAS MAS DE LOS PUNTOS 7 AL 18 AL MOMENTO DE RECOJER SU CARTA DE ACEPTACION.**



# *Instituto Nacional de Cancerología*

SOLICITUD DE INGRESO A LA SUBESPECIALIDAD  
(FICHA DE IDENTIFICACION)

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_ cedula 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: \_\_\_\_\_

Universidad que avala la Especialidad previa: \_\_\_\_\_

Especialidad y años cursados: \_\_\_\_\_

Instituto de procedencia: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar obtenido en el Examen Nacional a Residencias Médicas: \_\_\_\_\_

Subespecialidad que solicita realizar: \_\_\_\_\_

Indique talla de bata: \_\_\_\_\_ y medida de Calzado en cm: \_\_\_\_\_



# *Instituto Nacional de Cancerología*

## **DIRECCION DE DOCENCIA SUBDIRECCION DE EDUCACION MÉDICA**

### **FAVOR DE LLENAR 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: