



SOLICITUD DE ADMISIÓN

Con la presente me permito solicitar ante ustedes ser admitido como Socio(a) del **Colegio de Cirujanos Dentistas de Mexicali, A.C.**, comprometiéndome respetar y hacer cumplir los **Estatutos, Reglamento y Código de Ética Profesional vigente**. Así como las Reformas que legalmente se hagan de los mismos y a **pagar las cuotas respectivas por anualidades adelantadas**.

Mexicali, B.C. a _____

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Día Mes Año

Lugar de Nacimiento _____ Nacionalidad _____

CURP _____

Domicilio Fiscal _____
Calle No. Col.

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Tel. _____

Domicilio Profesional _____
Calle No. Col.

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Tel. _____

Email _____ Celular _____

Usuario en redes sociales _____



DATOS UNIVERSITARIOS

Universidad de Pregrado _____

Generación _____

Universidad de Postgrado (en caso de aplicar) _____

Generación _____

Diplomados _____

Maestrías _____

Aviso de Funcionamiento _____ Cedula Federal _____

Cedula Estatal _____ R.F.C. _____

1.-Puestos Docentes _____

2.-Organizaciones Profesionales _____

3.-Publicaciones _____

4.-Actividades en la Comunidad Odontológica _____

5.-Asistencias a Conferencias impartidas por el CCDM _____

FIRMA DEL SOLICITANTE



Nos permitimos presentar ante la Asamblea General al solicitante antes mencionado que a nuestra consideración puede ser aceptado como socio del Colegio de Cirujanos Dentistas de Mexicali, A.C. en la categoría correspondiente a Socio Activo

Nombre y Firma del Socio Activo con 2 años mínimo de antigüedad en el Colegio de Cirujanos Dentistas de Mexicali, A.C. que invita al solicitante.

Presidente

Secretario

Afiliación y Membresía

Tesorero



DE ACUERDO CON NUESTROS ESTATUTOS

1.- Realiza tratamientos ostentándose como especialista siendo Cirujano Dentista de Práctica General?

2.- Cómo Cirujano Dentista Especialista, ¿realiza usted tratamientos de Odontología General a pacientes que le son remitidos? _____

3.- ¿Está usted consciente que no podrá en el futuro mientras sea miembro de este Colegio pertenecer a ningún otro Colegio de Cirujanos Dentistas de Práctica General?

4.- Como miembro de nuevo ingreso, está consciente que deberá obtener la Certificación Profesional mediante el examen EUC-ODON en un periodo no mayor a 3 años.

REQUISITOS PROFESIONISTAS

- 1) Solicitud de Ingreso.
- 2) Escrito en el que se mencione las razones por las que desea ingresar al Colegio.
- 3) Título de Cirujano Dentista.
- 4) Diploma de Postgrado.
- 5) Título de Maestría o Doctorado.
- 6) Fotografía a color tamaño Infantil.
- 7) Cédula Profesional.
- 8) Cédula Estatal.
- 9) Aviso de Funcionamiento S.S.A.
- 10) Aviso de Responsable Sanitario.
- 11) CURP.
- 12) Constancia de Situación Fiscal.

Todos estos documentos pueden entregarse en formato digital, de manera individual, es decir un archivo por cada documento a excepción de la solicitud de admisión.