



**COLEGIO MEXICANO DE MEDICOS AUDIOLOGOS, OTONEUROLOGOS Y  
FONIATRAS DE LA REPUBLICA MEXICANA A.C.  
Requisitos de Nuevo Ingreso**

- 1 .Llenar solicitud de ingreso y hoja de datos (enviar por correo electrónico).**
- 2. Curriculum Vitae con fotografía reciente.**
- 3. No. de Folio \_\_\_\_\_ del Consejo Mexicano de Comunicación, Audiología; Otoneurología y Foniatría.**
- 4. Cédula de Especialista: \_\_\_\_\_**
- 5. Entregar la siguiente Documentación:**
  - \* Copia de Título de Médico Cirujano.**
  - \* Copia de Cédula de Médico Cirujano (indispensable digital visible).**
  - \* Copia de Título de Especialista (COMCAOF).**
  - \* Copia de Cedula de Especialista.**
  - \* Copia de Cédula Fiscal actualizada (RFC digital).**
  - \* Dos fotografías tamaño diploma recientes a color.**
  - \* Pago en efectivo el día de la Asamblea (Cta..Bancaria en tramites) de:**
    - a) INSCRIPCION: \$ 750.00**
    - b) ANUALIDAD: \$ 750.00**

**Cualquier duda dirigirse al Email: [colegioaudiologia.a.c@gmail.com](mailto:colegioaudiologia.a.c@gmail.com)**



**COLEGIO MEXICANO DE MÉDICOS AUDIÓLOGOS, OTONEURÓLOGOS Y  
FONIATRAS DE LA REPÚBLICA MEXICANA, A. C.**

**SOLICITUD DE INGRESO**

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**C. PRESIDENTE DEL COLEGIO MEXICANO DE MÉDICOS  
AUDIÓLOGOS, OTONEURÓLOGOS Y FONIATRAS  
DE LA REPÚBLICA MEXICANA A. C.  
P R E S E N T E**

Por la presente solicito mi ingreso a este Colegio a su cargo, en calidad de:

- ( ) Colegiado Fundador
- ( ) Colegiado Numerario
- ( ) Colegiado Residente

Anexo a la presente el Curriculum Vitae, los documentos solicitados y el comprobante de pago y dos fotografías.

**A t e n t a m e n t e**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Solicitante

**NOTA IMPORTANTE:**

\* Indispensable cumplir con todos los documentos al momento de su inscripción.

\* El Comité de Admisión evaluará y determinará si se cumplen con los requisitos solicitados para su aprobación y aceptación en la categoría de Colegiado Numerario, esta decisión se le hará saber a través de comunicado a su correo electrónico.



**COLEGIO MEXICANO DE MÉDICOS AUDIÓLOGOS, OTONEURÓLOGOS Y  
FONIATRAS DE LA REPÚBLICA MEXICANA, A. C.  
DATOS**

Dr. \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

**FAVOR DE LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS FISCALES:**

**a) Domicilio Particular:**

Calle: \_\_\_\_\_

Col.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Delegación: \_\_\_\_\_

**b) Domicilio Consultorio:**

Calle: \_\_\_\_\_ Col.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Alcaldía: \_\_\_\_\_

**c) Datos Generales:**

Dónde desea recibir correspondencia: Domicilio: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_

Hospital de Egreso \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Institución donde labora: \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_

No. CURP: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_