



**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



**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: _____