

Instituto Mexicano del Seguro Social

Solicitud para que personal del área de la salud extrainstitucional ingrese o realice programas de educación continua en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Homoclave del trámite		
IMSS-03-006		
*Fecha de publicación del formato en el DOF		
15 DD	/ 06 MM	/ 2006 AAAA

Fecha de solicitud del trámite		
DD	/	MM
	/	AAAA

Datos de la persona solicitante	
CURP en caso de ser mexicano(a):	
Nombre(s):	
Primer Apellido:	
Segundo Apellido:	
Edad:	Nacionalidad:
Cédula profesional (o su equivalente):	
Cédula profesional de especialista (o su equivalente):	
Telefono fijo (lada y número):	
Correo electrónico:	
Contacto en caso de emergencia (indicar nombre y teléfono):	

Domicilio de la persona solicitante	
Código postal:	
Tipo de vialidad:	
(Por ejemplo: Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros.)	
Nombre de vialidad:	
Número exterior:	Número interior:
Tipo de asentamiento humano:	
(Por ejemplo: Colonia, Privada, Condominio, Hacienda, entre otros.)	
Nombre de la colonia o asentamiento humano:	
Nombre de la localidad:	
Nombre del Municipio o Delegación:	
Nombre del Estado o Distrito Federal:	

Requisitos	
Identificación Oficial	
CURP	
Título Universitario de Licenciatura	
Título Universitario de Especialidad (o comprobante de su trámite)	
Cédula Profesional del último grado de estudios cursado (o comprobante de su trámite)	
Seguro Médico de Gastos Mayores en Salud	
Certificado Médico de Salud	
(Presentar original y una copia simple de cada uno)	

Fechas del curso solicitado					
Inicio:	DD	/	MM	/	AAAA
Fin:	DD	/	MM	/	AAAA

Origen de la solicitud	
<input type="radio"/>	Particular
<input type="radio"/>	Institución pública _____ (especifique)

Modalidad del curso que solicita	
<input type="radio"/>	Monográfico
<input type="radio"/>	Monográfico con prácticas
<input type="radio"/>	Congreso
<input type="radio"/>	Diplomado
<input type="radio"/>	Adiestramiento en servicio

Tipo de Unidad Médica en la que desea realizar el curso	
<input type="radio"/>	Primer nivel de atención
<input type="radio"/>	Segundo nivel de atención
<input type="radio"/>	Tercer nivel de atención
Estado de la República Mexicana en donde se ubica la Unidad Médica en donde solicita realizar el curso:	

Nombre del curso que solicita	

Firma	
De ser aceptado(a), me comprometo a realizar el curso en la unidad médica que el Instituto Mexicano del Seguro Social me asigne, y apegarme a los mecanismos de control y evaluación del programa académico del curso.	
<hr/> <p align="center">Firma de la persona solicitante</p>	

"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial del al Federación (DOF)"