



**SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL SEGURO SOCIAL
SECRETARÍA DE ASUNTOS TÉCNICOS DEL C.E.N.**

SOLICITUD DE REGISTRO A CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA MÁXILOFACIAL

FCMXSATSNTSS16

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO
EDAD	ESTADO CIVIL	CATEGORÍA	MATRÍCULA

ADSCRIPCIÓN	TIPO DE CONTRATACIÓN	JORNADA	TURNO	LOCALIDAD
DELEGACIÓN	ANTIGÜEDAD EN AÑOS	QUINCENAS	DÍAS	TEL. DEL TRABAJO Y EXTENSIÓN(Lada)

DOMICILIO PARTICULAR	COLONIA	LOCALIDAD (Municipio y/o Delegación)	ESTADO
TELÉFONO PARTICULAR(Clave Lada)	TELÉFONO CELULAR	FECHA DE INSCRIPCIÓN	

TALLA FILIPINA	TALLA PANTALÓN	Nº CALZADO	ESPECIALIDAD SOLICITADA	FIRMA DEL SOLICITANTE

DOCUMENTACIÓN EN ORIGINAL Y COPIA LEGIBLE:

- Solicitud de Inscripción a Estudios de Postgrado completa y correctamente requisitada.
- Solicitud de Beca con el sello de recibido de la Sección Sindical o de la Secretaría de Asuntos Técnicos del S.N.T.S.S.
- Acta de Nacimiento.
- Clave Única del Registro Poblacional (CURP).
- Título de Cirujano Dentista y Cédula Profesional.
- Certificado de calificaciones de la Carrera con promedio de 8.0 o más.
- Constancia de Servicio Social.
- Constancia de Actividades Docentes en el Área de Odontología (nombramiento y comprobantes de pago) en caso de tenerlas.
- Artículos científicos publicados como autor o coautor en revistas de odontología (en caso de tenerlas).
- Copia del Nombramiento de Base, BT 09 y último tarjetón de pago.



NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN RECIBIO
COTEJO CON SELLO DE LA SECCIÓN

**T.S. LAURA ANGÉLICA NARVÁEZ SÁNCHEZ
SECRETARIO DE ASUNTOS TÉCNICOS
DEL C.E.N. DEL S.N.T.S.S.**

Nota: Los documentos originales, serán únicamente para cotejar y las fotocopias deberán ser en tamaño carta.