



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

**DR. HUGO SALVADOR STAINES OROZCO.**

Presidente,  
Del Consejo Mexicano de Cirugía Pediátrica, A.C.  
P r e s e n t e.

Por medio de la presente me dirijo a usted para manifestarle que deseo ser Recertificado por el Consejo que dignamente preside, para lo que le envío la solicitud y documentación que se requiere, en el entendido que he cubierto el total de los requisitos y que, además, en los rubros no demostrables, he vertido información honesta y apegada a la realidad.

Acepto que es mi responsabilidad el hecho de que la documentación sea recibida en la sede del Consejo y en la fecha solicitada, que la resolución del Comité Evaluador es inapelable y que estoy enterado que la cuota por derecho de Recertificación no es reembolsable.

En espera de su resolución, quedo de usted a sus órdenes para cualquier aclaración.

Atentamente.

DR. \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CERTIFICADO: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_