



**COLEGIO MEXICANO DE LICENCIADOS
EN ENFERMERIA, A. C.**



HOJA DE REGISTRO

PARA CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN

I.-DATOS PERSONALES

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
R.F.C.	CURP	Cédula Profesional	Sexo () F () M

II.-DOMICILIO PARTICULAR

Calle	Número	Colonia
Alcaldía	Estado/Ciudad	Código Postal
Teléfono fijo:	Cel.:	Correo electrónico:

III.-INSTITUCIÓN DONDE LABORA

Tel.: _____ Extensión: _____	
Cargo que desempeña _____	
Campo en el que se desempeña:* Asistencial ___ Docencia ___ Administración ___ Investigación ___	

IV.-ORGANISMOS PROFESIONALES A LOS QUE PERTENECE**

Asociación	Colegio
------------	---------

V: _GRADO ACADÉMICO**

Nivel	Año en que obtuvo el Título o Diploma	Institución que lo otorga
Técnico		
Licenciatura		
Especialidad		
Maestría		
Doctorado		

VI.-OTROS ESTUDIOS

Cursos Postécnicos	Año en que obtuvo el Diploma	Institución que lo otorga

Fecha _____

* Si se desempeña en más de una institución enumérelas en orden de importancia según tiempo de dedicación

** Si necesita de mas espacio utilice el reverso de esta forma.



**COLEGIO MEXICANO DE LICENCIADOS
EN ENFERMERÍA, A. C.**

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN
Y RECERTIFICACIÓN**

FOTOGRAFÍA

Certificación

Recertificación

Año en que se certificó

Por la presente, solicito a la Comisión de Certificación, que de conformidad con el Capítulo IV de los artículos 9° y 10°, del Reglamento de Certificación de Profesionales de la Enfermería, se me autorice participar en el proceso de evaluación establecido por este Colegio.

Por tal motivo, he llenado la hoja de solicitud y registro por lo que declaro bajo protesta de decir verdad, que obran en mi poder todos los documentos en original como título, cédula profesional y constancias que avalan mi trayectoria académica profesional. Entrego copias de cada uno.

Solicitante

Nombre _____

Firma _____

Representante del COMLE

Nombre _____

Firma _____

Nota: Favor de llenar por duplicado con letra legible.