



**SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL SEGURO SOCIAL  
SECRETARIA DE ASUNTOS TÉCNICOS**

ZAMORA 107 COL. CONDESA 5.PISO TELS: 52 41 60 00 EXT. 2501,2502 Y 2505

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A RESIDENCIA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL**

Nombre			Edad:	Fecha: / /	
Matrícula	Adscripción		Fecha de Nacimiento		
Categoría	Delegación		Estado Civil		
Localidad	Tel. Trabajo (lada)		ext.	Tipo de Contratación	
Antigüedad	Año	Quincenas	Días	Jornada	Turno
Domicilio Particular					
Colonia	Localidad		Estado		
Delegación o Municipio	Tel. Particular(lada)		Cel.	Código Postal	



**ESPECIALIDAD SOLICITADA** \_\_\_\_\_

**SEDES SOLICITADAS**

1. \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBIO Y COTEJO

**DOCUMENTACIÓN: SOLO UNA COPIA LEGIBLE**

- SOLICITUD DE BECA DEBIDAMENTE REQUISITADA.
- ACTA DE NACIMIENTO.
- CLAVE ÚNICA DE REGISTRO POBLACIONAL (C.U.R.P.).
- TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA Y CEDULA PROFESIONAL.
- CERTIFICADO DE CALIFICACIONES DE LA CARRERA CON PROMEDIO DE 8.0 O MÁS.
- CONSTANCIA DEL SERVICIO SOCIAL.
- CONSTANCIA DE ACTIVIDADES DOCENTES EN EL ÁREA DE ODONTOLOGÍA (NOMBRAMIENTO Y COMPROBANTES DE PAGO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA) EN CASO DE TENERLAS
- ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS COMO AUTOR Y COAUTOR EN REVISTAS DE ODONTOLOGÍA, (ENCASO DE TENERLAS).
- NOMBRAMIENTO DE BASE Y ÚLTIMO TARJETÓN DE PAGO

TODO ASPIRANTE QUE NO CUBRA LOS REQUISITOS DE CONVOCATORIA NO SERÁ ACEPTADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

**DR. JOSÉ HUGO IGLESIAS FLORES  
SRIO. DE ASUNTOS TÉCNICOS DEL C.E.N.**

