**Solicitud de Recertificación**

Lugar y fecha:

Dra. Eva Cruz Medina

Presidenta,

Bienio 2023-2025

Consejo Mexicano de Medicina de Rehabilitación, A. C.

P r e s e n t e.

Por este medio y por mi propia voluntad solicito a usted realizar las gestiones necesarias para obtener la **CERTIFICACION VIGENTE (RECERTIFICACIÓN)** del **Consejo Mexicano de Medicina de Rehabilitación, A.C.,**  para el ejercicio de la **Especialidad de** **Medicina de Rehabilitación**. Al mismo tiempo le informo estoy de acuerdo en aceptar y acatar:

**“El compromiso moral de NO transgresión de los valores éticos universales y me comprometo a actuar conforme a las virtudes y principios que deben singularizar la Práctica Médica, en especial de la Medicina de Rehabilitación”.**

Así mismo autorizo al Consejo Mexicano de Medicina de Rehabilitación, A. C. a proporcionar los datos referentes a mi certificación al **CONACEM** y en su caso puestos a la disposición de personas físicas y morales que los requieran, como se dispone en el OFICIO CIRCULAR NO. 1, emitido por el CONACEM con fecha del 10 de diciembre de 2012.

Sin otro particular, agradezco de antemano su intervención y aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e

Dr.(a)