

Instituto Mexicano del Seguro Social

Solicitud para que personal del área de la salud extrainstitucional ingrese o realice programas de educación continua en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Homoclave del trámite
IMSS-03-006
Fecha de publicación del formato en el DOF
17 / 09 / 2015 DD / MM / AAAA

Homoclave del formato
FF-IMSS-002
Fecha de solicitud del trámite
DD / MM / AAAA

Datos de la persona solicitante	
CURP en caso de ser mexicano(a):	
Nombre(s):	
Primer Apellido:	
Segundo Apellido:	
Edad:	Nacionalidad:
Cédula profesional (o su equivalente):	
Cédula profesional de especialista (o su equivalente):	
Telefono fijo (lada y número):	
Correo electrónico:	
Contacto en caso de emergencia (indicar nombre y teléfono lada y número):	

Fechas del curso solicitado	
Inicio:	DD / MM / AAAA
Fin:	DD / MM / AAAA

Origen de la solicitud	
<input type="radio"/> Particular <input type="radio"/> Institución pública _____ <small>(especifique)</small>	

Modalidad del curso que solicita	
<input type="radio"/> Monográfico <input type="radio"/> Monográfico con prácticas <input type="radio"/> Congreso <input type="radio"/> Diplomado <input type="radio"/> Adiestramiento en servicio	

Tipo de Unidad Médica en la que desea realizar el curso	
<input type="radio"/> Primer nivel de atención <input type="radio"/> Segundo nivel de atención <input type="radio"/> Tercer nivel de atención	

Estado de la República Mexicana en donde se ubica la Unidad Médica en donde solicita realizar el curso:	
---	--

Nombre del curso que solicita	

Firma	
De ser aceptado(a), me comprometo a realizar el curso en la unidad médica que el Instituto Mexicano del Seguro Social me asigne, y apegarme a los mecanismos de control y evaluación del programa académico del curso.	
<hr/> <p align="center">Firma de la persona solicitante</p>	

Domicilio de la persona solicitante	
Código postal:	
Calle:	
<small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)</small>	
Número exterior:	Número interior:
Colonia:	
<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small>	
Municipio o Delegación:	
Estado o Distrito Federal:	

Requisitos	
Identificación Oficial CURP Título Universitario de Licenciatura Título Universitario de Especialidad (o comprobante de su trámite) Cédula Profesional del último grado de estudios cursado (o comprobante de su trámite) Seguro Médico de Gastos Mayores en Salud Certificado Médico de Salud <small>(Presentar original y una copia simple de cada uno)</small>	

"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"