****

**CONSEJO NACIONAL PARA LA CERTIFICACIÓN EN QUÍMICA CLÍNICA**

Órgano de la Federación Nacional de Colegios de la Química Clínica, A.C.

Isla 214 Col. Nueva Morelos, Monterrey, Nuevo León. [www.fenacqc.org.mx](http://www.fenacqc.org.mx) e-mail: certificacion@fenacqc.org.mx

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | Día | | **Mes** | | **Año** | |
|  |  |  |  |  |  |

certificación reNOVACIÓN SOLICITUD No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RNQCC\* anterior: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por este conducto, me permito solicitar al Consejo Nacional para la Certificación en Química Clínica (CONACERQC), mi registro para el proceso de EVALUACIÓN con la finalidad de obtener la certificación / re-novación. Manifiesto que estoy de acuerdo en ser evaluado(a) y que acepto la decisión que el mismo emita. **El nombre deberá estar escrito como usted desea que aparezca en el certificado, utilizar mayúsculas y minúsculas.**

Anexo constancias en archivo PDF de desempeño profesional y actualización académica, enumeradas en el archivo CONACERQC 4-15 y los comprobantes solicitados en el formato de requisitos (archivo CONACERQC 2-15).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre:  (verificar ortografía) | Nombre(s) | | Apellido Paterno | | | Apellido Materno |
| Título Profesional: |  | | | N° Cédula Profesional licenciatura: | | |
| Domicilio: | Calle: | | | | N° | |
| Colonia: | | | | Código Postal: | |
| Ciudad: | | | | Estado: | |
| Teléfono: ( ) | | Correo Electrónico: | | | | |
| Colegio/Asociación gestor(a): | | | | | | |
| Firma del solicitante: | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Para ser llenado por el Consejo** | |
| RNQCC N° |  |
| **Certificación N°** |  |

\*RNQCC: Registro Nacional de Químico Clínico Certificado