**SOLICITUD DE INGRESO**

1. Complete electrónicamente el siguiente formato con la información que se solicita.
2. Envíe este documento con la información solicitada al correo [afiliacionyasociados@cmn.org.mx](mailto:afiliacionyasociados@cmn.org.mx)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N****ombre** |  |  | |  | |
| **Apellido paterno** | **Apellido materno** | | **Nombre(s)** | |
| **RFC** |  | | | | |
| **Dirección** |  |  |  | |  |
| **Calle** | **Número interior** | **Número exterior** | | **Código Postal** |
|  |  |  | | |
| **Colonia** | **Delegación o Municipio** | **Estado** | | |
|  |  |  | | |
| **Teléfono casa** | **Teléfono trabajo** | **Celular** | | |
|  | |  | | |
| **Correo electrónico 1** | | **Correo electrónico 2** | | |
| **I****nformación académica** |  | |  | | |
| **Institución donde cursó la Licenciatura** | | **Nombre de la Licenciatura** | | |
|  |  | |  | |
| **Año en que inició la Licenciatura** | **Año en que cursó la última materia** | | **Fecha de titulación**  **(día/mes/año)** | |
|  | |  | | |
| **Número de cédula profesional** | | **Fecha de expedición de la cédula profesional** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Información laboral** | ***\*\*Mencione la información sobre su actividad laboral indicando en la opción 1 aquélla a la que mayor parte de su tiempo dedique.\*\**** | |
|  | |
| **Nombre de Institución, Empresa o Dependencia 1** | |
|  |  |
| **Giro o actividad** | **Antigüedad** |
|  |  |
| **Puesto o categoría** | **Teléfono** |
|  | |
| **Nombre de Institución, Empresa o Dependencia 2** | |
|  |  |
| **Giro o actividad** | **Antigüedad** |
|  |  |
| **Puesto o categoría** | **Teléfono** |
|  | |
| **Nombre de Institución, Empresa o Dependencia 3** | |
|  |  |
| **Giro o actividad** | **Antigüedad** |
|  |  |
| **Puesto o categoría** | **Teléfono** |
| **Actividad profesional** | ***Señale qué proporción de su desempeño profesional dedica a las siguientes áreas de la nutriología, completando en total el 100 %*** | |
| **Clínica** | % |
| **Comunitaria** | % |
| **Administración de Servicios de Alimentos** | % |
| **Industria /Ciencia de los Alimentos** | % |
| **Docencia / investigación** | % |
| **Otras por ejemplo: Comunicación/Mercadotecnia, Industria nutracéutica,**  **(especificar):** | % |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Certificación profesional** | ***Complete en caso únicamente de contar con la certificación profesional del CMN.*** | |
|  |  |
| **Año de certificación** | **Número de NC** |

**“Bajo protesta de decir la verdad”**

**Firma del solicitante**

|  |
| --- |
|  |

**AVALES PARA AFILIACIÓN AL COLEGIO MEXICANO DE NUTRIÓLOGOS**

**Por favor, proporcione los datos de contacto de dos nutriólogos que puedan ofrecer referencias sobre su servicio ético y experiencia profesional en nutrición.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Nombre del nutriólogo 1** | **Nombre del nutriólogo 2** |
|  |  |
| **Cédula profesional** | **Cédula profesional** |
|  |  |
| **Datos de contacto (celular y correo electrónico)** | **Datos de contacto (celular y correo electrónico)** |