**Ciudad de México a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_ .**

**Mesa Directiva de la Sociedad Mexicana**

**de Dermatología, Asociación Civil.**

El (La) que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expreso mi interés para que se me considere como solicitante a obtener el estatus de asociado en la Sociedad Mexicana de Dermatología, Asociación Civil.

Atento a lo anterior, manifiesto que mi nacionalidad es\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , que a la fecha cuento con la especialidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; tener mi residencia en la Ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y ejercer mi actividad profesional en la Ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; ambos en este país.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Completo y firma.