

**CURRICULUM VITAE  
PARA MÉDICOS VETERINARIOS**

Colocar aquí una  
foto a color  
tamaño  
infantil

<b>FORMACION PROFESIONAL</b>	
Apellido Paterno	
Apellido Materno	
Primer Nombre	
Segundo Nombre	
Profesión	Médico Veterinario Zootecnista
Título obtenido	Médico Veterinario Zootecnista
Año en el que obtuvo el título	
Número de Cédula Profesional	
Nombre de la Escuela o Facultad donde obtuvo el título.	
Ciudad, estado y país donde se ubica la escuela o Facultad.	

<b>ESTUDIOS DE POSGRADO REALIZADOS</b>		
1	Título obtenido:	Escuela o facultad en donde la realizó
	Fecha en la que la llevó a cabo	Ciudad, entidad federativa y país en la que la realizó.
2	Título obtenido:	Escuela o facultad en donde la realizó
	Fecha en la que la llevó a cabo	Ciudad, entidad federativa y país en la que la realizó

3	Título obtenido:	Escuela o facultad en donde la realizó
	Fecha en la que la llevó a cabo	Ciudad, entidad federativa y país en la que la realizó.

CURSOS DE CAPACITACION TOMADOS		
1	Fecha:	
	Nombre del curso:	
	Impartido por:	
2	Fecha:	
	Nombre del curso:	
	Impartido por:	
3	Fecha:	
	Nombre del curso:	
	Impartido por :	

EXPERIENCIA LABORAL		
1	Trabajo más reciente o actual:	
	Fecha (s):	Duración en ese trabajo:
	Nombre del Cargo:	Descripción breve del trabajo que se realiza o realizaba.
	Ciudad en donde se ubica o ubicaba su trabajo:	Estado y País donde se encuentra:
2	Trabajo previo al mencionado en el punto 1:	
	Fecha (s):	Duración en ese trabajo:
	Nombre del Cargo:	Descripción breve del trabajo que se realiza o realizaba.
	Ciudad en donde se ubica la oficina en donde se trabajaba:	Estado y País donde se encuentra:
3	Trabajo previo al mencionado en el punto 2:	

	Fecha (s):	Duración en ese trabajo:
	Nombre del Cargo:	Descripción breve del trabajo que se realiza o realizaba.
	Ciudad en donde se ubica la oficina en donde se trabajaba:	Estado y País donde se encuentra:

<b>DATOS PERSONALES</b>	
Fecha de Nacimiento	(Día, mes, año)
RFC	
<b>Domicilio Particular</b>	
Calle	
Número exterior	
Número interior	
Ciudad	
Código Postal	
Municipio o Alcandía (en el caso de la CDMX)	
Entidad Federativa	
Teléfono casa (a diez dígitos)	
Teléfono Celular (a diez dígitos)	
Dirección de e-mail principal.	
Dirección de e- mail alterno.	

Fecha: a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

<b>FIRMA (Firmar sin tocar el cuadro)</b>