ACOG
The American College of Obstetricians and Gynecologists

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

Se requiere que todos los solicitantes* tengan la firma del director del programa. **Las solicitudes no se procesarán hasta que se reciba el formulario completo**. Comuníquese con ACOG Servicios de Membresía por correo electrónico a membersupport@acog.org o por teléfono al (800) 673-8444 o (202) 863-2452.

*Estudiantes en programas basados en México no se requiere la firma del director del programa. Se contactará a la Sección de México para su verificación.

Nombre: _____
Primer Segundo Apellido(s) Licenciatura(s)

Nivel actual del candidato en el programa o hospital de residencia: ☐ En progreso ☐ Terminado

Inicio del programa o residencia hospitalaria: _____ / _____
Mes Año

Finalización o finalización anticipada del programa o residencia hospitalaria: _____ / _____
Mes Año

Nombre del programa de la escuela de residencia: _____

_____

Nombre del director del programa: _____

Firma del director del programa: _____ Fecha de firma: _____

Si ha completado la residencia, el nombre y la firma del director o presidente del programa aún son necesarios para fines de verificación. Para México, no se requiere la firma y se contactará a la Sección de México para su verificación.

Número de teléfono o correo electrónico del director del programa: _____