

FORMATO DE DATOS BÁSICOS

(FAVOR DE LLENAR CON MAQUINA O LETRA DE MOLDE)

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil	Lugar de Nacimiento	R.F.C.	Registro ante la AGAFF	

DOMICILIO

Calle y Número	Colonia	Código Postal
Delegación	Ciudad	Estado
Teléfono	Fax	Correo Electrónico

EMPRESA, INSTITUCIÓN O DESPACHO EN QUE LABORA

Sector Laboral	Independiente <input type="checkbox"/>	Nombre de la Empresa, Institución o Despacho	Antigüedad
Docencia <input type="checkbox"/>	Gubernamental <input type="checkbox"/>	Puesto	Años Meses
Empresa <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		

DOMICILIO DE LA EMPRESA, INSTITUCIÓN O DESPACHO

Calle y Número	Colonia	Código Postal
Delegación	Ciudad	Estado
Teléfono	Fax	Correo Electrónico

ORGANISMOS PROFESIONALES A LOS QUE PERTENECE

Colegio Profesional Afiliado al IMCP
Otros Organismos Profesionales

GRADOS ACADÉMICOS

Grado Académico	Institución	Año de Obtención de título y Cédula Profesional
Licenciatura		
Postgrado		

DATOS DEL C. P. C. TUTOR DEL ASPIRANTE

No. de Certificado:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):
---------------------	-------------------	-------------------	-------------

DATOS PARA LA FACTURACIÓN (favor de llenar a maquina o letra de molde)

A nombre de:	R.F.C.	
Calle y número	Colonia	Código postal
Delegación	Ciudad	Estado

Instituto Mexicano de Contadores Públicos, A. C., aprovecha para informarle que de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, se entenderá que usted está de acuerdo con la recopilación, uso, transferencia y almacenamiento de los datos personales, patrimoniales y, en su caso, sensibles que nos sean proporcionados con motivo de "Solicitud de Examen Uniforme de Certificación, Certificación por Disciplinas", para mayor información respecto a nuestras políticas de privacidad por favor consulte la página (según corresponda) (www.imcp.org.mx)