



**Academia Nacional de Medicina Deportiva
FORMULARIO DE APELACIÓN**

(ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD)

Fecha:	
Nombre:	
Domicilio actual:	
Ciudad/Estado/C.P.:	
Teléfono diurno:	
Correo electrónico:	
Certificación asociada a esta solicitud:	

Detalles de la apelación

Describe su apelación en detalle (puede adjuntar hojas adicionales si necesita más espacio).

Comprendo que el Comité disciplinario y de apelaciones revisará este formulario de apelación para la recertificación y que recibiré una carta de NASM en la que se me notificará la decisión del Comité. También comprendo que las políticas de NASM on respecto a las solicitudes de excepción y los procesos de apelación se detallan en el Manual del candidato.

Firma de la persona que realiza la solicitud/apelación _____

Fecha _____

Envíe el formulario completado y la documentación complementaria por correo electrónico a:
appeals@ascendlearning.com

*Escanee y adjunte la documentación complementaria a su formulario completado.