

Membrete de la institución de salud

Fecha: ____ de _____ 2022

Dra. Minerva Paulina Hernández Martínez
Presidenta

Por medio de la presente, hago constar que el Dr. (a) _____ es
alumno(a) de 3er. Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar con sede en la Unidad de Medicina
Familiar No. _____, cuenta con aval académico otorgado por la Universidad
_____, el cual terminará su entrenamiento el último día de febrero del 2023.

Promedio general de la especialidad: _____

Atentamente

Jefe de Enseñanza de la sede académica.

Nombre y firma