

OFICIO CON MEMBRETE DE LA INSTITUCIÓN

Fecha: _____ de _____ 2023.

Dr. Miguel López Lozano
Presidente del CCMF AC
Presente

Por medio del presente, hago constar que el (la) Dr. (a) _____ es alumno
(a) de tercer año del curso de Especialización en Medicina Familiar con sede en
_____, que cuenta con aval académico otorgado por la Universidad
_____.

La fecha de terminación de su especialidad es el último día de febrero del 2024.

El promedio general de la especialidad es de : _____ .

Atentamente

Nombre y firma
Jefe de Enseñanza de la sede académica