

OFICIO CON MEMBRETE DE LA INSTITUCIÓN

Fecha: _____ de _____ 2024.

Dr. Miguel López Lozano
Presidente del CMCMF 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 2025.
El promedio general de la especialidad es de : _____ .

Atentamente

Nombre y firma
Jefe de Enseñanza de la sede académica