

## 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