**DRA. CLAUDIA TERESA CEDILLO ROJAS**

**ENCARGADA DE DESPACHO DE LA DIRECCIÓN DE LA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**P R E S E N T E**

Por medio de este conducto, expreso que tengo pleno conocimiento y estoy conforme en que mi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(parentesco) (nombre del alumno - a)**

 alumno (a) de la Licenciatura en Medicina de la Facultad de Medicina, con No. de matrícula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_realice el Internado Rotatorio de Pregrado en el Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, durante el periodo de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , bajo las condiciones que estipula el Programa de Internado Rotatorio. Asimismo, acepto que cubriré todos los gastos referentes a la transportación aérea y/o terrestre de ida y vuelta, así como la manutención, alojamiento y transporte local durante las prácticas profesionales en la plaza foránea. Me comprometo a brindar todo el apoyo económico y personal a lo largo de toda la duración de dicha estadía (12 meses de duración del internado), sin importar circunstancias personales, de salud o laborales del padre o tutor.

 Sin otro particular, quedo de Usted.

**AT E N T A ME N T E**

**H. Puebla de Z., a \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del padre, madre o tutor legal.**

**Adjunto .- Copia de identificación oficial.**