BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA.

**FACULTAD DE MEDICINA.**

**LICENCIATURA EN MEDICINA**

**CARTA COMPROMISO**

**MEC. MARISOL VELASCO VILLA**

**COORDINADORA DE EFICIENCIA TERMINAL**

**PRESENTE**

Por medio del presente, quien suscribe Dr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especialista en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ laboro en el área Médica, comunico a usted no tener inconveniente para realizar dirección en la investigación clínica propuesta por el (la) pasante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para desarrollar la tesis profesional y al mismo tiempo me comprometo a seguir los lineamientos establecidos por la Coordinación.

Sin más por el momento y agradeciendo la atención prestada al presente; quedo de usted en espera de una respuesta favorable.

H. Puebla De Z., a de de 20\_\_.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma.

ID. Trabajador BUAP