



CARTA RESPONSIVA DE MATERIAS REQUISITO

PRÁCTICA CLÍNICA PROFESIONAL



Puebla, Puebla. A ____ de ____ del 20 ____

DRA. MARIA DOLORES GUELIA SOLIS SANCHEZ
COORDINADORA DE PRÁCTICA CLÍNICA PROFESIONAL
FACULTAD DE MEDICINA - BUAP
P R E S E N T E:

Sírvase esta carta responsiva para expresar que yo _____ estudiante de la Facultad de Medicina, con número de matrícula _____, solicitante de Práctica Clínica _____ en el periodo _____, manifiesto expresamente que me comprometo a aprobar la materia de _____.

En caso de no lograr la aprobación de la asignatura comprometida y no cumplir con todos los requisitos, acepto quedar excluido del acto público para la elección de plaza de campo clínico.

A T E N T A M E N T E

Nombre y firma del estudiante

Vo. Bo./Enterado(a)
Nombre y firma del tutor/a _____