

ASUNTO. Carta Aval

DC. CELSO ENRIQUE CORTES ROMERO
Director de la Facultad de Medicina
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

PRESENTE.

C'Atn. DRA. MARIA DOLORES GUDELIA SOLIS SANCHEZ
Coordinadora de Práctica Clínica
Facultad de Medicina BUAP

El que suscribe: C. _____ docente y tutor(a) académico de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; por este conducto reciba un cordial saludo y al mismo tiempo, hago de su conocimiento que la alumno(a) _____ con Matrícula _____ ha cursado satisfactoriamente todas las asignaturas de nivel básico además de las necesarias para poder cursar satisfactoriamente su Práctica Profesional Clínica.

Dicho esto, avalo que el solicitante es idóneo para cursar la asignatura de _____ para el periodo _____

Sin más por el momento y quedando de su entera disposición, agradezco la atención brindada.

ATENTAMENTE

H. Puebla de Zaragoza a ____ de _____ de 20__

Nombre Y Firma de Tutor