



# **CARTA RESPONSIVA**

## **PRÁCTICA CLÍNICA PROFESIONAL**



Puebla, Puebla. A \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_

**DR. MARTIN BENITO PINEDA GERMAN**  
**COORDINADOR 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 \_\_\_\_\_

ccp. Coordinación PCP  
ccp. Alumno