Heroica Puebla de Zaragoza a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

**DRA. MARTHA ELBA GONZÁLEZ MEJÍA**

**COORDINADORA DE PRÁCTICA CLÍNICA PROFESIONAL**

**FACULTAD DE MEDICINA - BUAP**

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

Por medio de la presente, yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con numero de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estudiante de la **Licenciatura en Medicina** de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, quien solicita cursar la Práctica Clínica Profesional \_\_\_\_\_ en el periodo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, otorgo el poder simple a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la finalidad de que a mi nombre y representación recoja y se responsabilice de la **CARTA DE ASIGNACIÓN DE PRÁCTICA CLÍNICA EN UNIDADES MÉDICAS DEL SECTOR SALUD,** comprometiéndome de estar al pendiente de las indicaciones para entrega de la documentación correspondiente y de estar presente de forma oportuna en mi unidad médica de adscripción cuando esta lo solicite.

Por otra parte, me comprometo a que mi representante legal se encuentre presente durante la duración del **ACTO PÚBLICO** estando al pendiente de cualquier eventualidad que se presente o se comente en el citado evento.

Sin más por el momento, agradezco la atención prestada.

Puebla, Puebla a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

**ATENTAMENTE**

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

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

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

NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO 1 NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO 2

\*FAVOR DE FIRMAR CON TINTA AZUL Y ANEXAR COPIA DEL INE DE TODOS LOS FIRMANTES

(PARA ABOGADA GENERAL Y CONTRALORÍA)