

SOLICITUD DE VACACIONES

Ciudad de México a _____ de _____ del _____

DR. (A): _____

MEDICO RESIDENTE _____ **MEDICO INTERNO** (indicar universidad) _____

SERVICIO _____

PRESENTE.

Por medio del presente, se le informa que a partir del día _____ del mes _____ del año _____ al día _____ del mes _____ del año _____, usted gozará de su _____ periodo vacacional, reincorporándose a sus labores al servicio de _____ el día _____ del mes _____ del año _____.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE.

Nombre y Firma del Profesor Titular

Vo. Bo.

Coordinación / Jefe de Enseñanza

C.c.p: Interesado
Acuse para expediente del interesado