

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIÓN DE LICENCIA MÉDICA**

**DR. (A)** \_\_\_\_\_

**PROFESOR TITULAR DE** \_\_\_\_\_

Por medio del presente, se le informa que el médico:

\_\_\_\_\_

Apellido Paterno	Materno	Nombre (s).
------------------	---------	-------------

Categoría \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ se le otorga licencia médica por  
\_\_\_\_\_ días; con fecha de inicio \_\_\_\_\_ fecha de término \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_ emitido por el médico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ en el documento denominado \_\_\_\_\_

Con folio No: \_\_\_\_\_ de la Unidad Médica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**El médico debe presentar su Licencia Médica el mismo día (Hábil) de su emisión a su Profesor titular y a la Coordinación de Enseñanza e Investigación.**

**ATENTAMENTE**

**ENTERADO**

\_\_\_\_\_  
**Coordinación/Jefatura de Enseñanza**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Profesor titular**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Médico**  
**Residente/interno de**  
**pregrado**

C.c.p. Interesado  
Acuse para la Coordinación de Enseñanza e Investigación.