Ciudad de México a Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

**NOTIFICACIÓN DE LICENCIA MÉDICA**

**DR. (A)**  Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**PROFESOR TITULAR DE** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Por medio del presente, se le informa que el alumno (a):

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Apellido Paterno Materno Nombre (s).

Categoría Haga clic o pulse aquí para escribir texto. de Haga clic o pulse aquí para escribir texto. se le otorgue licencia médica por Haga clic o pulse aquí para escribir texto. días; fecha de inicio Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. fecha de término Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. diagnóstico Haga clic o pulse aquí para escribir texto. emitido por el médico Haga clic o pulse aquí para escribir texto. en el documento denominado Haga clic o pulse aquí para escribir texto. Con folio No. : Haga clic o pulse aquí para escribir texto. de la Unidad Médica Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Debe presentarse al día siguiente del término de la presente licencia médica.

Agradezco su comprensión y apoyo para esta situación.

**Atentamente Enterado**

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

 **Nombre y firma del Médico Nombre y Firma del Residente o Médico Interno de Pregrado Profesor Titular**

**Atentamente.**

**Dra. Vianey Escobar Rojas**

**Encargada de la Coordinación de**

 **Enseñanza e Investigación**

C.c.p: Interesado

 Acuse para expediente del interesado.