**FACULTAD DE MEDICINA**

**SECRETARÍA GENERAL**

**UNIDAD DE DESARROLLO**

**CURRICULAR Y ACADÉMICO**

**FMED/SG/UDCA/OBS/000/24**

**Asunto: Carta de Aceptación para**

**Prácticas Profesionales**

**(LIC. MTRO. DR.) NOMBRE,**

**CARGO**

**FACULTAD A QUIEN SE DIRIGE LA CARTA DE ACEPTACIÓN**

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

Por este medio, le comunico que el/la estudiante **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, con número de cuenta: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, de la/del licenciatura/Estudio Téctico Especializado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que se imparte en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Universidad Nacional Autónoma de México, ha sido aceptado(a) en el programa de Prácticas Profesionales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con clave: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.

La fecha de inicio es el ## de mes de año y de término el ## de mes de año, colaborando con **##** horas a la semana, en un horario de 00:00h a 00:00h, de lunes a viernes con un total de 240h.

(\*Los días inhábiles y las vacaciones no se toman en cuenta, por lo que no deben considerarse al contabilizar las horas de servicio. Eliminar este texto en su documento final)

Durante el periodo indicado estarábajo la supervisión directa de la Dra./Mtra./Lic. Nombre completo **,** desarrollando las siguientes actividades: (este párrafo es por si el responsable del programa no sea quien supervisó al estudiante de manera directa. Puede omitirlo si no es el caso)

1. Mínimo 5 actividades
2.
3.
4.
5.

Agradeciendo la atención a la presente, le envío un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

**“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”**

**Ciudad Universitaria, Cd. Mx., a día de mes de 2024**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Lic. Esteban Mena Méndez**

**Responsable de Prácticas Profesionales**

**En la Facultad de Medicina**