PROGRAMA, LINEAMIENTOS Y REQUISITOS DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN CONTINUA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

**ANEXO 1. Solicitud del Reconocimiento de Actividades de Educación Continua**

Santiago de Querétaro a \_ de del 20 .

DRA / DR COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA FACULTAD DE MEDICINA, UAQ.

P R E S E N T E

Con gusto le saludo y solicito de la manera más atenta el reconocimiento y otorgamiento del aval por parte del Departamento de Educación Continua de la Facultad de Medicina del (Seleccione la opción deseada curso/diplomado/taller/foro/seminario/congreso) titulado “ ” que será impartido en forma (seleccione la opción deseada presencial/virtual/mixto).

El programa académico se realizará del

al

los días

en un horario de con un total de horas de \_ divididas en

horas teóricas y horas prácticas. El costo total individual es de \_\_\_\_\_\_\_\_MXN.

Por último, declaro haber leído, revisado y estar de acuerdo con el Programa, los Lineamientos, Requisitos y costo por el Aval (10%) que se pagará por el concepto de constancias, del Departamento de Educación Continua. Me comprometo a respetarlos y apegarme a las indicaciones que en ellos se mencionan.

Le comparto mis datos de contacto:

Correo:

Teléfono fijo:

Celular:

De antemano le agradezco la atención al presente y quedo atento a cualquier información adicional que me sea solicitada.

Quedo de usted.

A t e n t a m e n t e

Nombre y firma.

(Para Profesores Titulares Internos, incluir clave docente y adscripción).

Página **28** de **36**