**ANEXO 6. Carta de Colaboración Institucional**

*ESTADO, DÍA, MES, AÑO*

**DRA / DR**

**COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA**

**FACULTAD DE MEDICINA, UAQ.**

P R E S E N T E

Por medio de la presente, hago constar la Colaboración Institucional entre la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro, el “Nombre del profesor titular” y la institución “NOMBRE” de la cual formo parte, la cual participará como (seleccione la/las opciones adecuadas SEDE/ORGANIZADOR/COOLABORADOR) para la realización 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 \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ del 2022 con un total de horas de \_\_\_\_\_\_.

Por último, declaro haber leído, revisado y estar de acuerdo con los Lineamientos y Requisitos 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.

Puesto en la Institución

Nombre de la Institución

Datos de contacto de la Institución