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

**ANEXO 8. Solicitud de Generación de las Constancias**

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

Por medio de la presente solicito en mi carácter de Profesor Titular (interno / externo) del programa académico titulado “ ” que previamente me fue notificado su registro satisfactorio por medio del OFICIO de fecha

de \_ del 20\_\_ la generación de las constancias con la asignación de los créditos académicos pertinentes.

Con la finalidad de entregar las evidencias respectivas de la realización del programa académico apegado a las características previamente registradas, entrego la información en memoria USB.

Por último, me comprometo a cubrir los Costos por el Aval y el Costo de Recuperación (para aquellos que utilizaron los recursos materiales de la Facultad de Medicina) en su totalidad mediante el pago en la caja de ingresos de la Universidad o en el banco que la Secretaría de Finanzas indique, mostrando el recibo de pago sellado y validado para tal fin.

Sin más por el momento, agradezco su atención. 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 **35** de **36**