**FACULTAD DE MEDICINA**

**SECRETARÍA GENERAL**

**UNIDAD DE DESARROLLO**

**CURRICULAR Y ACADÉMICO**

**FMED/SG/UDCA/OBS/000/25**

**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/ETE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que se imparte en la Facultad/Escuela 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 ## horas.

(\*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)

1. Mínimo 5 actividades

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 2025**

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

**Nombre, cargo y firma de la persona que autoriza**

**Responsable del Programa**

**de Prácticas Profesionales**

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

**Vo.Bo. Lic. Esteban Mena Méndez**

**Responsable de Servicio Social de otras Entidades Académicas**