

Fecha

Dra. Claudia Jimena Vilchis Macedo
Jefa de la Subdivisión de Especialidades Médicas
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, UNAM

Presente

Le informo a usted que se solicita la baja del/ de la Dr./Dra. [NOMBRE COMPLETO] como profesor Titular/Adjunto del curso de [NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD] en la Sede [NOMBRE DE LA SEDE], a partir de [FECHA], esto debido a que [INDICAR MOTIVO].

Sin otro particular envío un cordial saludo

[NOMBRE DE LA/EL JEFA/JEFE DE ENSEÑANZA]

[NOMBRE DEL CARGO DE JEFATURA DE ENSEÑANZA]

[FIRMA AUTÓGRAFA DEL JEFE DE ENSEÑANZA]

[CORREOS ELECTRÓNICOS]

[TELÉFONO DE CONTACTO]