

Emiliano Zapata, Morelos, a _____ del 2020.

Hospital del Niño Morelense.

Dirección de Enseñanza.

ASUNTO: Disponibilidad de tiempo.

Por medio de la presente el (la) que suscribe:

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:
-------------------	-------------------	----------

hago constar que durante el período comprendido del 01 de marzo del año 2021 al 28 de febrero del año 2024 presento disponibilidad de tiempo para realizar las actividades que formen parte de la especialidad médica en pediatría con sede en el Hospital del Niño Morelense ubicado en Av. de la Salud no. 1 Col. Benito Juárez C. P. 62770 Emiliano Zapata, Morelos, México así como todo programa académico que la misma especialidad requiera que se cumpla.

Sin más por el momento quedo de Ustedes agradeciendo de antemano la atención prestada.

ATENTAMENTE,

Nombre y firma