**Piedad, Mich. A \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_**

**ASUNTO:** Carta de terminacion

**Lic. José Fernando Arellano Infante**

Director de UMC La Piedad.

**Presente:**

Por medio de la presente me permito informarle que el (la) **C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** estudiante de la carrera de **Auxiliar de enfermería** con número de control **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ha **terminado** su periodo de prácticas satisfactoriamente dentro de las instalaciones del **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** mismo (a) que cubrió un total de **160 horas** a partir de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**. obteniendo una calificación final de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.(0 al 100)

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

 **A t e n t a m e n t e**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA

C.c.p. Archivo