



SOLICITUD DE CARTA PARA EL ISSSTE

Nombre del alumno: _____

Número de CVU: _____ Programa de estudio: _____

Periodo de la beca: _____

Domicilio del alumno: _____

Nombre del director de la clínica de medicina familiar que le corresponde de acuerdo a su domicilio:

Domicilio de la clínica _____

Número de dependientes económicos: _____

Nombres: _____

ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO TU SOLICITUD DE CARTA PARA ISSSTE DE ESTUDIOS A:

secretaria.escolar@colmich.edu.mx

NOTA: La constancia se emitirá 15 días de hábiles después de haberla solicitado.

Atentamente

Dr. Felipe Santiago Cortez

Encargado del área de Asuntos Escolares



GOBIERNO DE MÉXICO



CONAHCYT
CONSEJO NACIONAL DE HUMANIDADES
CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS

