MEMBRETE DE LA INSTITUCIÓN QUE EMITE LA CARTA DE PROPUESTA INSTITUCIONAL

Lugar1, a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2023.

*Asunto: Carta-Propuesta Institucional*

**Dr. Eduardo Lazcano Ponce**

**Director General del INSP**

**P r e s e n t e.**

Por este medio me permito informar a Usted que ésta institución, a través de mi persona, en mi calidad de 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, propongo a 3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se desempeña en el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cuente con disponibilidad del tiempo necesario para participar en el Programa de Maestría/Doctorado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en estricto apego al tiempo que el Instituto Nacional de Salud Pública ha establecido para lograr la defensa de tesis y obtención de grado correspondiente.

Así mismo declaro que tengo pleno conocimiento de que el cumplimiento de las actividades académicas asignadas queda bajo estricta responsabilidad del estudiante.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

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

Nombre, cargo, firma y sello oficial

CCP. 4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Coordinadora del Maestría en Salud Pública en 5\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del INSP.

1=Entidad o país de procedencia

2= Cargo que desempeña en la institución

3= Nombre completo del o la estudiante

4= Nombre completo del o la Coordinadora del programa correspondiente

5= Área de concentración de la Maestría/Doctorado a postular