

Anexo C2

Fecha:.....
Documento:.....

Señor/a.....
.....
Director/a General.....¹
Dirección:

Asunto : Solicito la suscripción de Convenio Específico de Cooperación Docente Asistencial entre el² y la Facultad de..... de la Universidad.....

Por el presente documento le expreso mi cordial saludo y, en atención al asunto de la referencia, remito la información y documentación requerida, según lista de requisitos. Este convenio tiene por objetivo crear el marco de cooperación entre las partes, para la adecuada formación y capacitación de los estudiantes de salud.

Información complementaria:

1. El(los) siguiente(s) documento(s) de la Facultad se encuentra(n) en el Link³:

Documento(s)	Link
• Documento que sustenta la elección y reconocimiento de la máxima autoridad de gobierno de la Facultad.
• Autorización explícita al(a los) representante(s) para suscribir convenios de cooperación docente asistencial.

2. Datos del responsable del trámite:

Nombres y apellidos: Cargo.....
Correo electrónico:
Número telefónico/anexo: N° de telefonía móvil:

En espera de respuesta a lo solicitado, quedo de usted.

.....
Nombres, apellidos, firma y sello de la autoridad solicitante
Cargo de la autoridad solicitante
Universidad.....

¹ Detalle la denominación de la entidad de salud, ya sea DIRIS, Hospital o Instituto Especializado.

² Detalle la denominación de la entidad de salud, ya sea DIRIS, Hospital o Instituto Especializado.

³ De no encontrarse el(los) documento(s) en la página web de la Universidad, deberá adjuntarlos según lista de requisitos.