

## ANEXO I. FORMATO DE SOLICITUD DE AVAL CURRICULAR

Logotipo de la institución  
Organizadora

Membrete de la Institución

Lugar y Fecha

**DR. XXXX XXXX XXXX  
COORDINADOR DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE MEDICINA-UAGro.  
PRESENTE**

Por este medio, me permito saludarle y a la vez solicitarle el Aval curricular de la Coordinación de Posgrado e Investigación de la Facultad de Medicina, para el “\_\_\_\_\_ (Nombre de la actividad de Educación Médica Continua.) que se realizará del “(Fecha de inicio y fecha de término“ en “lugar de realización del evento”.

Se anexan el programa, medios de difusión y demás documentación solicitada. Los asistentes deben cubrir (Porcentaje de acreditación del curso) de asistencia al curso y realizar una evaluación para obtener el documento de acreditación correspondiente. Sin otro particular y esperando contar con su valioso apoyo, me es grato suscribirme a sus apreciables órdenes.

Atentamente.

Firma autógrafa  
Nombre del responsable del curso