[Lugar y fecha].

**CONSTANCIA DE RESIDENCIA**

**Dr. Rodrigo Toral Villanueva**

**Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo, A. C.**

**Presidente**

Bajo protesta de decir verdad, hago constar que el Dr.(a) **[Nombre completo del candidato**] es alumno regular del tercer año del curso de especialización en Medicina del Trabajo y Ambiental con sede en [Nombre completo del hospital sede] con duración del año 2021 al 2024 con aval universitario otorgado por la [Nombre completo de la Institución de Educación Superior].

El/la médico/a ha completado los créditos curriculares del plan de estudios obteniendo un promedio general de \_\_\_\_\_\_.

Así mismo hago constar que su tesis titulada [Título completo de la tesis] ha sido registrada, entregada y aprobada por la institución por lo que cumple con los requisitos para iniciar el proceso de titulación.

Teniendo en cuenta el grado de cumplimiento del programa, me permito presentarlo como candidato al examen de certificación del Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo A. C.

**Atentamente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre completo y firma** |  | **Nombre completo y firma** |
| **Profesor titular del curso de especialización** |  | **Jefatura de enseñanza** |
|  |  |  |
| Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*Sello de la institución*