



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**Facultad de Medicina**  
**Secretaría de Enseñanza Clínica e Internado Médico**  
**Departamento de 3er Año**  
**5º, 6º y 7º Semestre**  
**Cédula de Representantes de Grupo.**



Fecha: \_\_\_\_\_

Dr. Javier Aragón Robles  
 Jefe del Departamento de Tercer Año  
 Presente.

Los estudiantes del grupo \_\_\_\_\_, con sede en \_\_\_\_\_ que suscriben esta cédula de representantes, en común acuerdo decidimos nombrar a nuestros \_\_\_\_\_ compañeros: \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ con número de cuenta \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ como representante y suplente del grupo, ante la Secretaría de Enseñanza Clínica e Internado Médico de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Firmas de acuerdo.

Nº	No. de Cuenta	Nombre	Firma
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 Facultad de Medicina  
 Secretaría de Enseñanza Clínica e Internado Médico  
 Departamento de 3er Año  
 5º, 6º y 7º Semestre  
 Cédula de Representantes de Grupo.

Facultad de Medicina



Ciclo Escolar \_\_\_\_\_



Fotografía reciente.

Nombre: \_\_\_\_\_

No. de Cuenta: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Representante.



Fotografía reciente.

Nombre: \_\_\_\_\_

No. de Cuenta: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Suplente.

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del Profesor Sede.

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_\_.

\*Este formato deberá ser llenado con letra de molde e impreso para su posterior entrega en la primera reunión de Representantes, programada para el día 14 de diciembre de 2016, a las 12:00 hrs. en el Auditorio "Dr. Guevara Rojas".