Guatemala, \_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021

SEÑOR CORONEL DE CABALLERIA DEM. C.D.

**DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO MEDICO MILITAR**

PRESENTE

Señor Coronel:

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, por este medio respetuosamente me dirijo a usted, con el objeto de someterme al proceso de **OPOSICION** de las Maestrías y Especialidades que se realizan en el Centro Médico Militar, avaladas por la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala, para el año 2021; por lo que adjunto a la presente mi Currículum Vitae con los respectivos documentos que lo acreditan, de acuerdo a guía de requisitos establecida; para ser considerado en la especialidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Atentamente,

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

Dr.

Colegiado No

Teléfono:

Correo Electrónico

**JURAMENTO DE VERACIDAD**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de profesión Médico y Cirujano de\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años de edad, manifiesto por medio de la presente, que todos los documentos anexos a mi currículum vitae son debidamente originales y/o fotocopias auténticas que podrán ser cotejadas con los originales que me acreditan como tal, sometiéndome a cualquier penalidad de encontrarse alguna situación anómala.

Guatemala, ------------------de 2,019

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Colegiado No.

El país\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, enero de 2021.-

**SEÑOR CORONEL DE CABALLERIA DEM. C.D.**

**DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO MEDICO MILITAR**

**PRESENTE**

SEÑOR CORONEL:

yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de nacionalidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificándome con el Número de DPI y/o pasaporte No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por este medio me comprometo en adquirir un **SEGURO MEDICO DE COBERTURA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;** de ser seleccionado para realizar la Maestría y Especialidad en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se realiza en el Centro Médico Militar, avalada por la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala, siendo éste un requisito establecido para poder continuar con el proceso, el cual entregaré al momento de ser requerido por el CMM.

Atentamente,

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

Dr.

Colegiado No.

Telefono:

Dirección Electrónica: