

San Pedro Sula, Cortes, Honduras

Fecha

Señores Universidad Católica de Honduras

Secretaría de Salud de Honduras

Solicitud

Por este medio, Yo: _____estudiante de medicina de la Universidad Católica de Honduras Campus San Pedro y San Pablo con número de identidad:_____.

De manera personal me apego al acuerdo No. 4515-356-2021 del consejo de educación superior, publicado en el diario oficial la Gaceta, solicito que mi servicio social de 12 meses se reduzca a 6 meses de manera oficial.

Firma y huella