

000498



DEPENDENCIA: PRESIDENCIA.

SECCION: SECRETARIA

No. DE OFICIO: 2064

NOMBRE: Yadira Areli Espinosa Cruz

CATEGORIA: _____

MOTIVO DE LA COMISION:

Capacitación de Salud Bucal

FECHA DE LA AUTORIZACION DE LA COMISION: _____

PERIODO DE LA COMISION DEL: _____ AL _____ DIAS: _____

SALIDA ORIGEN: _____ DESTINO: _____

TIPO DE TRANSPORTE: _____ COMODATO: OFICIAL:

OBSERVACIONES (CARACTERISTICAS DEL TRANSPORTE)

OBSERVACIONES:

CERTIFICACION (SELLOS Y/O



FACULTAD DE
ESTOMATOLOGIA
UASLP

Secretaría General

RESPONSABLE DEL AREA QUE AUTORIZA LA COMISION:



LIA. JUAN MANUEL MARQUEZ MUNGUIA.

NOMBRE, FIRMA Y SELLO.
SECRETARIA GENERAL

COMISIONADO:

[Signature]
NOMBRE, FIRMA Y SELLO.