Fecha: Lima, [04] de 03] del 2020].

Documento:………………………………………

Señora M.C.

Pilar Elena Mazzetti Soler

Director/a General

**Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas**

Jr. Ancash 1271 Barrios Altos Cercado de Lima

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Asunto** | : | Solicito la suscripción de Convenio Específico de Cooperación Docente Asistencial entre el **Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas**Y la Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD** de la Universidad **CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE.** |

Por el presente documento le expreso mi cordial saludo y, en atención al asunto de la referencia, remito la información y documentación requerida, según lista de requisitos. Este convenio tiene por objetivo crear el marco de cooperación entre las partes, para la adecuada formación y capacitación de los estudiantes de salud.

Información complementaria:

1. El(los) siguiente(s) documento(s) de la Facultad se encuentra(n) en el Link[[1]](#footnote-1):

|  |  |
| --- | --- |
| Documento(s) | Link |
| * Documento que sustenta la elección y reconocimiento de la máxima autoridad de gobierno de la Facultad.
 | ………………………………. NO LINK |
| * Documento que sustenta el registro de la firma de la máxima autoridad de gobierno de la Facultad, ante la SUNEDU.
 | ……… FALTA ADJUNTAR |
| * Autorización explícita al(a los) representante(s) para suscribir convenios de cooperación docente asistencial.
 | ……… NO LINK |

1. Datos del responsable del trámite:

Nombres y apellidos: ………………………………………………Cargo………………….……………………..

Correo electrónico: ………………………………………………………………………..……..………….………

Número telefónico/anexo: ………..………………….. N° de telefonía móvil: ………………….………………

En espera de respuesta a lo solicitado, quedo de usted.

……………………………………………………………………….

Nombres, apellidos, firma y sello de la autoridad solicitante

Cargo de la autoridad solicitante

Universidad……………………..

1. De no encontrarse el(los) documento(s) en la página web de la Universidad, deberá adjuntarlos según lista de requisitos. [↑](#footnote-ref-1)