

Guatemala, ----- de -----2025

**DIRECCIÓN DE POSGRADOS  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS Y DE LA  
SALUD DE LA UMG.**

PRESENTE:

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 2026; 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.  
Telefono:  
Dirección Electrónica: