C. DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO \_\_\_\_\_\_

P R E S E N T E:

 En que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de seguridad social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, trabajador del Poder Judicial del Estado de Michoacán, me dirijo a Usted para solicitarle que a la brevedad me sea expedida Constancia y/o resumen clínico, en el que se indique que padezco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lo anterior a fin de acreditar mi situación de vulnerabilidad ante el contagio del virus SAR-CoV2 (COVID 19) en mi fuente laboral.

A T E N T A M E N T E:

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

(nombre y firma)