



SOLICITUD DE CARTA DE NECESIDAD (STATEMENT OF NEED)

Dra. Laura Cortés Sanabria
Directora General de Calidad y Educación en Salud
Av. Marina Nacional #60, Piso 8 ala B, Col. Tacuba,
Miguel Hidalgo, C.P. 11410, Ciudad de México

Subsecretaría de Integración Sectorial y
Coordinación de Servicios de Atención Médica
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Atención: Dr. Teodoro Adolfo Serrano Moya
Subdirector Normativo en Servicios de Salud

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre(s) y apellidos completos*		
Nacionalidad		
Domicilio actual completo		
Teléfono	Domicilio	Celular
Correo Electrónico		
Especialidad a cursar en el extranjero*		
Nombre y Domicilio completos de la Sede Receptora en el Extranjero		
Nombre(s) de las persona(s) designada(s) para recojer la carta		

* **NOTA:** Con los datos anteriores, se emitirá la carta de necesidad, por lo que el solicitante deberá verificar que los mismos sean correctos, en caso de error por causas imputables a aquel, **no se emitirá una nueva carta** hasta transcurridos al menos 6 meses de la emisión de la anterior.





Me permito solicitar a usted, la emisión de una “Carta de Necesidad” (Statement of Need) a nombre del suscrito, la cual forma parte de los requisitos que la Comisión Educativa para Médicos Graduados Extranjeros (**EDUCATIONAL COMISSION FOR FOREIGN MEDICAL GRADUATES**) y el Gobierno de los Estados Unidos de América solicitan para la tramitación y obtención de la Visa tipo J-1 para los visitantes que participan en los programas para la promoción del intercambio cultural, específicamente en formación.

Los motivos que me impulsan a estudiar una especialidad en los Estados Unidos de América son:

Orden de importancia	MOTIVOS
1°	
2°	
3°	

Al existir la necesidad en México de profesionales que cuenten con las habilidades que busco adquirir por medio de los estudios señalados en la citada institución, me comprometo a regresar a México, al concluir mi entrenamiento y notificarlo a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud o a la Unidad Administrativa de la Secretaría de Salud que corresponda.

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información, datos proporcionados y exposición de motivos son ciertos.

Fecha _____
 DD MM AA

ATENTAMENTE

Nombre completo y firma del solicitante

Formato: **DGCES/DPNS/001-2024B**

