**CARTA AVAL INSTITUCIONAL**

Estimado Coordinador:

La/el (*Institución)*……… se complace en extender su aval a la solicitud del Sr./Sra. ……………, portadora del Documento Nacional de Identidad (0000-0000-0000) en el sentido de facilitar la disponibilidad de horarios laborales para la atención y desarrollo de su participación en el “**Diplomado Universitario Migración y Protección En Honduras**”, a realizarse del …. de 2025 al …… de …… de 2026 (ver cronograma adjunto).

Su participación en esta actividad nos compromete a multiplicar y aplicar en nuestra institución o instituciones con las que colaboramos, los conocimientos adquiridos en este evento, además de **(**Indicar, de forma breve ¿Cómo puede ayudar la participación del avalado a su institución?, otros fines y/o utilidades que la formación recibida por el candidato supondrá para la institución y el grado de compromiso para dar seguimiento a los acuerdos establecidos en la actividad**).**

El Sr./Sra……… es (*Cargo, funciones y otros elementos que desee destacar*) ………

Y como parte del proceso de inscripción y aceptación al Diplomado Universitario en Migración y Protección en Honduras, se firma la presente en la Ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, municipio/estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, país\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del año \_\_\_\_\_\_\_\_.

Atentamente,

………… (*firma del representante y sello de la institución)*

Nombre Completo del Representante

Cargo

Institución