**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CHIAPAS**

**P R E S E N T E.**

El suscrito C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, alumno (a) del Programa Académico de la Ingeniería o Licenciatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de esta Universidad, me permito hacer de su conocimiento, que es mi voluntad llevar a cabo la: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bajo la modalidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ante la empresa y/o institución \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la cual se encuentra ubicada en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, durante el periodo del \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

De lo anterior, me comprometo a llevar acabo todas las actividades académicas de acuerdo al programa previamente establecido, así mismo respetar y cumplir las normas de seguridad e higiene que al respecto la empresa y/o institución me indique; excluyendo de toda responsabilidad civil, penal o cualquier otra materia a la Universidad Politécnica de Chiapas o quien legalmente lo represente, por motivo de daños o lesiones tanto en mi persona como de terceras, generadas por mi negligencia, caso fortuito o fuerza mayor, durante el periodo que se lleve acabo las actividades.

Reconozco ante la Universidad Politécnica de Chiapas, que cuento con servicio médico, que me proporciona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mediante el Número de afiliación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. No omito hacer mención que la Universidad Politécnica de Chiapas, me ha proporcionado el Seguro Facultativo del IMSS con No. de afiliación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por lo que acepto sacar a salvo a la Universidad Politécnica de Chiapas, de cualquier gasto médico ocasionado por accidente.

Al mismo tiempo me comprometo al realizar esta actividad académica, portar durante todo el viaje la credencial que me acredita como alumno (a) de la Universidad Politécnica de Chiapas, así como los documentos en original consistentes en **Constancia de Vigencia Medica** y **carnet** correspondiente al servicio médico antes referido.

Hago constar que cuento con la autorizacion previo conocimiento y consentimiento de mi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| **Atentamente.**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre, Firma del alumno** | **Autorizó y consintió**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre y firma del Padre o Tutor** |