CARTA DE EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL ALUMNO Y DE AUTORIZACIÓN DEL PADRE O TUTOR LEGAL

Cd. Cancún, Q. Roo; a 26 de mayo de 2022.

José Manuel Jiménez García
COORDINADOR(A) DEL LA CARRERA DE LIC. <u>Administración y Gestión Empresarial</u>
DE LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE QUINTANA ROO
PRESENTE

Por medio de la presente me permito hacer de su conocimiento que es mi deseo y voluntad realizar mi ESTANCIA X ESTADÍA como parte de mi formación y actividad académica, de la carrera de: <u>Uc.</u> ESTANCIA X ESTADÍA como parte de mi formación y Politécnica de Quintana Roo, por lo que Administración y Gestión empresarial de la Universidad Politécnica de Quintana manifiesto estar de acuerdo en trasladarme a las instalaciones de: <u>Universidad politécnica de Quintana</u> manifiesto estar de acuerdo en trasladarme a las instalaciones de: <u>Universidad politécnica de Quintana</u> Roo, ubicadas en: <u>Av. Arco Bincentenario</u>, Mza 11, Lote 1119-33 Sm 255, 77500 Cancún, Q.R., durante el Roo, ubicadas en: <u>Av. Arco Bincentenario</u>, Mza 11, Lote 1119-33 cm 255, en un total de 4 horas diarias.

Me comprometo a cumplir todas las actividades académicas de acuerdo con el programa de estudio, más como respetar y cumplir con las normas de seguridad e higiene que al respecto se me indiquen, por lo que me hago totalmente responsable de cualquier tipo de lesión o daño que pudiera causar tanto a como que me hago totalmente responsable de cualquier tipo de esta actividad. Por lo que EXCLUYO de mi persona como a terceras personas durante la realización de esta actividad. Por lo que EXCLUYO de toda responsabilidad a la Universidad Politécnica de Quintana Roo, liberándola de cualquier toda responsabilidad a la Universidad Politécnica de pudieran causarse como consecuencia de mi responsabilidad civil o penal por daños y perjuicios que pudieran causarse como consecuencia de mi desempeño.

Así mismo informo que cuento con el servicio médico, que me proporciona el ______ mediante el Número de afiliación _____. No omito mencionar que la Universidad, me ha proporcionado el Seguro Facultativo del IMSS con No. de afiliación 50160143736, por lo que Acepto EXONERAR a la Universidad Politécnica de Quintana Roo de cubrir cualquier gasto médico ocasionado por accidente. Hago constar que para la realización de esta actividad académica cuento con la autorización, previo conocimiento y consentimiento de madre: María Eugenia Caamal Loria de emergencia, favor de comunicarse al número telefónico 9981713272 con la persona: María Eugenia Caamal Loria.

ATENTAMENTE

MARIA JOSE FLORES CAAMAL 202000401

MARIA EUGENIA CAAMAL LORIA

AUTIORIZACION