

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

Cd. Cancún, Q. Roo; a 01 de Junio de 2022.

ING. ARGELY GUADALUPE CUEVA TORRES
COORDINADOR(A) DEL LA CARRERA DE INGENIERÍA BIOMÉDICA
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 ESTADÍA, como parte de mi formación y actividad académica, de la carrera de: Ingeniería Biomédica de la Universidad Politécnica de Quintana Roo, por lo que manifiesto estar de acuerdo en trasladarme a las instalaciones de: E-MEDICAL MX, ubicadas en: Av. Tepich, Residencial Cantabria, Calle Santander, Casa 70, C.P. 77507 Cancún, Q.Roo, durante el periodo comprendido del 9 de Mayo al 19 de agosto de 2022, en un total de 8 horas diarias.

Me comprometo a cumplir todas las actividades académicas de acuerdo con el programa de estudio, así 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 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 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 Seguro Facultativo del IMSS mediante el Número de afiliación 71169972818. No omito mencionar que la Universidad, me ha proporcionado el Seguro Facultativo del IMSS con No. de afiliación 71169972818, 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 mí padre/madre/tutor(a): Rafael Hernández Cruz. En caso de emergencia, favor de comunicarse al número telefónico 9983065763, con la persona: Rafael Hernández Cruz.

ATENTAMENTE



Diego Rafael Hernández Medina.

201800358

**NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA
DEL (LA) ALUMNO (A)**

AUTORIZACIÓN



Rafael Hernández Cruz

**NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR
LEGAL**