

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

Cd. Cancún, Q. Roo; a 25 de Mayo de 2022.

CARLOS ROBERTO ESQUIVEL ROCEÑO
COORDINADOR(A) DEL LA CARRERA DE INGENIERIA EN SOFTWARE
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 1, como parte de mi formación y actividad académica, de la carrera de: **INGENIERÍA EN SOFTWARE** de la Universidad Politécnica de Quintana Roo, por lo que manifiesto estar de acuerdo en trasladarme a las instalaciones de: **la Universidad Politécnica de Quintana Roo** ubicadas en: **Av. Arco Bincentenario, Mza. 11, Lote 1119-33 Sm 255, 77500 Cancún, Q.R.**, durante el periodo comprendido de inicios de cuatrimestre may-ago , cumpliendo 8 horas o mas a la semana

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 IMSS mediante el Número de afiliación **10160127956**. No omito mencionar que la Universidad, me ha proporcionado el Seguro Facultativo del IMSS con No. de afiliación 10160127956, 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): **Damaris Silvan Escalante**, En caso de emergencia, favor de comunicarse al número telefónico **9982777629**, con la persona: **Damaris Silvan Escalante**

ATENTAMENTE

Martínez Silvan Santos Sebastián
202000114



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

AUTORIZACIÓN

Damaris Silvan Escalante



NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL