

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

Cd. Cancún, Q. Roo; a __09__ de __MAYO__ de 2022__.

__LIC. FELIPE ALEJANDRO DZUL GALA. __
COORDINADOR(A) DE LA CARRERA DE __LIC. Terapia Física. __
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 __ ESTADÍA __X__, como parte de mi formación y actividad académica, de la carrera de: __LIC. TERAPIA FÍSICA__ de la Universidad Politécnica de Quintana Roo, por lo que manifiesto estar de acuerdo en trasladarme a las instalaciones de: __-REHABILITACIÓN CANCUN_____, ubicadas en: __CALLE PUNTA NICCHEHABIN Y PUNTA CONOCO #8 PB SM.24 .23, L.53,__, durante el periodo comprendido del __09__ de __MAYO__ al __19__ de __AGOSTO__ del 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 __IMSS__ mediante el Número de afiliación __23169748425__. No omito mencionar que la Universidad, me ha proporcionado el Seguro Facultativo del IMSS con No. de afiliación __23169748425__, 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): __MARIA ISABEL MARQUEZ MARQUEZ_____. En caso de emergencia, favor de comunicarse al número telefónico __9981564911_____, con la persona: __MARIA ISABEL MARQUEZ MARQUEZ _____.

ATENTAMENTE

201700294

Maria Guadalupe Granados Márquez
NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA
DEL (LA) ALUMNO (A)

AUTORIZACIÓN

Maria Isabel Márquez M
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR
LEGAL

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
GRANADOS
MARQUEZ
MARIA GUADALUPE
DOMICILIO
CARR CANCUN -MERIDA LT 15 KM 309- 500
RCHO SANTA ANITA 77540
BENITO JUAREZ, Q. ROO.

FECHA DE NACIMIENTO
16/09/1997
SEXO: M

CLAVE DE ELECTOR GRMRGD97091623M800
CURP GRMRGD970916MQRRRD06 AÑO DE REGISTRO 2015 00
ESTADO 23 MUNICIPIO 001 SECCIÓN 0620
LOCALIDAD 0438 EMISIÓN 2015 VIGENCIA 2025

ELECCIONES FEDERALES ELECIONES ESTADUALES ELECIONES LOCALES Y EXTRAORDINARIAS

INE

IDMEX1405703110<<0620104951462
9709166M2512314MEX<00<<32087<8
GRANADOS<MARQUEZ<<MARIA<GUADAL

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
MARQUEZ
MARQUEZ
MARIA ISABEL
DOMICILIO
CARR JOSE LOPEZ PORTILLO KM 309 LT 15
COL SANTA ANITA 77540
BENITO JUAREZ, Q. ROO.

FECHA DE NACIMIENTO
18/07/1969
SEXO: M

CLAVE DE ELECTOR MRMRIS69071826M300
CURP MAMI690718MSRRRS06 AÑO DE REGISTRO 1994 02
ESTADO 23 MUNICIPIO 001 SECCIÓN 0620
LOCALIDAD 0731 EMISIÓN 2015 VIGENCIA 2025

ELECCIONES FEDERALES ELECIONES ESTADUALES ELECIONES LOCALES Y EXTRAORDINARIAS

INE

IDMEX1325002270<<0620015041200
6907189M2512314MEX<02<<11498<2
MARQUEZ<MARQUEZ<<MARIA<ISABEL<