_____

TITULAR DE LA SECRETARÍA ACADÉMICA
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE TAPACHULA
P r e s e n t e

Por este medio permito hacer de su conocimiento que es mi deseo y voluntad participar y asistir en la siguiente actividad:

Visita Guiada		Capacitación		Estancias		Estadía	

Asistencia a Congresos		Asistencia a Foros		Asistencias a Festivales		Otro	

Nombre de la actividad:	

Lugar:				
Dirección:				
Fecha de Salida:		Fecha de Regreso:		
Horario	De:		A:	

Con la finalidad de fortalecer los conocimientos en el área de _____**,** como parte de mi formación y desarrollo cultural y profesional.

En este sentido me comprometo a llevar a cabo todas las actividades académicas de acuerdo al programa previamente establecido, así mismo respetar y cumplir con las normas de seguridad e higiene que al respecto se me indiquen, por lo que me hago responsable de cualquier tipo de lesión o daño que pudiera causar tanto a mi persona como a terceras personas por mi negligencia durante la realización de dicho evento. Por lo anterior, excluyo de toda responsabilidad a la Universidad Politécnica de Tapachula, liberándola de cualquier responsabilidad civil o penal por daños y perjuicios que pudieran causarse, como consecuencia de mi imprudencia o negligencia, caso fortuito o fuerza mayor; ya que si bien es cierto la Universidad designa al personal para la realización de esta visita, este no es legalmente responsable de mi bienestar físico y emocional.

Así mismo, le informo que cuento con servicio médico, mediante el número de afiliación _____ del Seguro Facultativo del IMSS (o similar que adjunto), por lo que exonero a la Universidad Politécnica de Tapachula de cubrir cualquier gasto médico ocasionado por accidente. En este acto bajo protesta de decir verdad hago constar que por ser mayor de edad soy quien sufraga los costos de mis estudios por lo que no dependo económicamente de mis padres y ninguna persona funge como mi tutor por ende no necesito autorización o consentimiento de ninguna persona para la realización de esta actividad académica, aceptando desde este momento acatar cualquier consecuencia legal o cualquier otra índole que pudiera originarse con motivo de la falsedad en que pudiera incurrir _____.

Atentamente

Alumno(a):
Matrícula:
Carrera y cuatrimestre:
Fecha:

En caso de emergencia, favor de comunicarse con:

Contacto de emergencia:	
Relación con el(la) estudiante	
No. Telefónico (Casa):	
No. Telefónico (Celular)	
Tipo de sangre	
Alergias que reportar:	
Enfermedad crónica y/o medicamentos que reportar	

NOTA: Para la realización de esta actividad académica, el (la) alumno (a), deberá portar durante todo el viaje la credencial que lo acredita como alumno (a) de la Universidad Politécnica de Tapachula y con el documento original del Alta ante la institución correspondiente que acredite el servicio médico con el que cuenta. Así mismo se deberá anexar a este documento copia legible de la siguiente documentación:

- Identificación con fotografía vigente del estudiante.
- Documento de alta de la institución correspondiente que acredita el servicio médico con el que cuenta el Alumno.