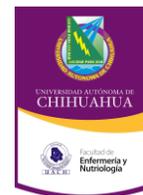


Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



FORMATO 4- CARTA COMPROMISO

Fecha: __/__/201__

A QUIEN CORRESPONDA.-

Como estudiante regular de la Universidad Autónoma de Chihuahua y la Facultad de Enfermería y Nutriología, manifiesto la decisión de realizar el trámite correspondiente para la movilidad _____ a la Universidad de _____. En el caso de ser aceptado, estoy consciente de que éste intercambio será de gran aportación para mi formación integral. Para lograrlo, es mi responsabilidad tomar con la debida seriedad los objetivos de estudio identificados al iniciar éste trámite, así como permanecer en apego a los valores tanto de mi Universidad como de mi Unidad Académica. Mi comportamiento reflejará madurez de carácter, una actitud positiva y seriedad, cuidando que mis acciones no pongan en riesgo en ningún momento ni circunstancia mi persona, terceros o a las instituciones relacionadas con mi intercambio.

Estoy consciente que al estar integrado(a) a un nuevo sistema educativo en otra Universidad, con maestros que cuentan con una formación distinta a los que he tenido, insertos en una cultura diferente, los resultados académicos podrán variar con respecto a los de mi Universidad, sin embargo, la experiencia y madurez que adquiriré en esta movilidad, son de gran valor tanto curricular como personal.

Estoy de acuerdo que aunque se haya elaborado la homologación de materias, por causas diversas puede existir la necesidad de hacer una modificación, por lo que me comprometo a consultar en todo momento por la vía de más accesibilidad, a mi Unidad Académica sobre las opciones de cambio de materias siempre y cuando sea en las primeras dos semanas de mi llegada a la Universidad, además de solicitar la autorización por escrito de dichos cambios, ya que de no hacerlo, no se registrarán debidamente en la Secretaría Académica de mi Facultad y por consiguiente no se autorizará el procedimiento de revalidación de materias correspondiente.

ES INDISPENSABLE el adquirir un seguro médico de cobertura amplia o sus similares para intercambios nacionales o internacionales, que cubra el período completo desde la fecha de mi salida hasta mi regreso. Asimismo, es mi obligación cumplir con los requisitos migratorios que corresponda, en el caso de que estos apliquen para mi movilidad.

Queda bajo mi responsabilidad el transporte, la elección del hospedaje, los gastos en que incurra y el absoluto respeto a las reglas y obligaciones contraídas en el caso de ser aceptado y por ende recibido en la Universidad Receptora, sin que mi Unidad Académica incurra en ninguna obligación, responsabilidad o compromiso durante mi estadía.

Acepto que en caso de incumplimiento de lo anteriormente mencionado, me ajustaré a los procedimientos normativos de mi Unidad Académica así como de las instancias correspondientes según sea el caso.

Nombre y Firma del Estudiante
