



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
Facultad de Medicina
PRÁCTICA PROFESIONAL CRÍTICA

CARTA COMPROMISO

POR MEDIO DE LA PRESENTE EL QUE SUSCRIBE C. _____ CON MATRÍCULA _____, INSCRITO EN LA CARRERA DE _____ DEL PLAN DE ESTUDIOS _____, DESEO CURSAR _____, EN EL PERIODO _____ DE DICHO PLAN DE ESTUDIOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA DECLARO:

1. QUE CONOZCO EL PROGRAMA DE PRÁCTICA PROFESIONAL CRÍTICA APROBADO POR EL CONSEJO DE UNIDAD ACADÉMICA EN TODOS SUS TÉRMINOS.
2. QUE CUBIERTOS LOS REQUISITOS Y TRÁMITES FIJADOS EN LA CONVOCATORIA CORRESPONDIENTE, ACATARÉ LA DECISIÓN DEL CUERPO DE GOBIERNO DE LA FACULTAD DE MEDICINA ACEPTANDO MI INCLUSIÓN EN LA ASIGNATURA _____ PARA ESTE PERIODO.
3. QUE CUMPLIRÉ CON EL HORARIO QUE LA SEDE ME ASIGNE Y CON TODAS Y CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS PROGRAMADAS POR LA JEFATURA DE ENSEÑANZA DE LA UNIDAD SEDE PARA ESTE FIN.
4. ASISTIRÉ AL CURSO DE INDUCCIÓN EN LAS FECHAS Y LUGAR QUE SEÑALE EL DEPARTAMENTO DE PRÁCTICA PROFESIONAL CRÍTICA.
5. PORTARÉ EL UNIFORME COMPLETO EN BASE A LA NORMATIVA DE LA SEDE.
6. QUE SI NO ACREDITARA ALGUNA DE LAS ASIGNATURAS INCLUIDAS EN MI CARGA ACADÉMICA O EXISTIERA ALGUNA VIOLACIÓN DE MI PARTE A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA ESTE PROGRAMA DE PRÁCTICA CLÍNICA, ASÍ COMO EL DE LA SEDE RECEPTORA, SERÉ DADO DE BAJA DEL PROGRAMA.

H. PUEBLA DE ZARAGOZA A _____ DE _____ DE _____

Nombre y Firma del Alumno