**CARTA DE DESLINDE DE RESPONSABILIDAD**

**ALUMNO DE MOVILIDAD ESTUDIANTIL NACIONAL**

 **MODALIDAD PRESENCIAL**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

PRESENTE

El que suscribe \_\_\_(nombre completo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alumno de \_\_\_(nombre de su universidad o institución de origen)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto que he decidido por mi propia voluntad y bajo mi más estricta responsabilidad realizar la estancia de manera presencial asistiendo a las instalaciones universitarias de la Universidad Autónoma de Yucatán durante el periodo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024.

Me comprometo a acatar las disposiciones sanitarias de las autoridades de la ciudad, país e institución en donde realizaré la movilidad estudiantil en modalidad presencial, cumpliendo con los protocolos que ésta me indique, así como con los que establezcan en el futuro.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que hoy en día no presento sintomatología relacionada con el COVID-19, me comprometo a que, en el caso de llegar a presentar síntomas o ser posible portador asintomático por mi cercanía con casos positivos, dar aviso de inmediato y seguir las indicaciones correspondientes, incluso si se necesitara cancelar la estancia. Cualquier gasto que se incurra por esta situación, será bajo mi cargo y responsabilidad.

De igual forma, entiendo que la UADY podría organizar actividades y excursiones, por lo que, si participo en éstas, lo hago asumiendo toda la responsabilidad. También entiendo que el alquiler o uso de automóviles privados representa riesgos, debido a los peligros potenciales que conlleva esta actividad.

Si decido realizar cualquiera de las actividades descritas anteriormente, YO tomo responsabilidad completa de las consecuencias de estos actos y relevo a la “Universidad Autónoma de Yucatán, UADY” y sus empleados de cualquier responsabilidad asociada con estas actividades.

También me comprometo a cubrir todos los gastos médicos y/o de traslados asociados con mi condición y relevo a la UADY y sus empleados de cualquier responsabilidad médica mientras yo sea estudiante de la universidad.

Firma del estudiante:

Matrícula:

Lugar y Fecha: