Señores,

**UNIVERSIDAD PONTIFICA BOLIVARIANA (UPB)**

Medellín

Yo, (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), mayor de edad, identificado con documento No. (\_\_\_\_\_\_\_), en mi condición de estudiante foráneo que hago solicitud de movilidad a la facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana; acepto que en caso de ser aceptado conozco mi obligación de cumplir con las normas que establece dicha entidad, y por ello me comprometo a asistir y realizar cumplidamente tanto los componentes teóricos y prácticos que sean pertinentes acorde a mi solicitud, también me comprometo a no faltar a ellos por causas injustificadas.

De esta manera, autorizo al docente designado para las prácticas clínicas o cualquier delegado para tal fin de la Universidad Pontificia, a que, en caso de que yo no cumpla con dicha obligación, proceda automáticamente a la cancelación del componente que este cursando.

Cordialmente,

(Nombre)

C.C.