**CARTA DE COMPROMISO Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**MOVILIDAD ESTUDIANTIL**

Yo, , identificado con pasaporte No. Y C.I.P. No. , estudiante del programa de la Licenciatura de Radiología e imágenes Diagnósticas de la Universidad Santander, me permito manifestar que en nombre propio y actuando bajo el consentimiento de mis padres y/o mis representantes, participaré de forma voluntaria en una movilidad internacional para desarrollar prácticas clínicas en el país por medio de la Universidad de Santander – UDES, el cual iniciará el (fecha de inicio movilidad) y finalizará (fecha finalización movilidad).

Exonero a la Universidad Santander USANTANDER de cualquier evento fortuito que afecte mi salud e integridad.

Para una correcta realización de la actividad programada me comprometo a lo siguiente:

1. Comunicar a la Oficina de Internacionalización de USANTANDER mi llegada a la ciudad destino.
2. Cumplir con el calendario establecido por la UDES Y la institución destino y ser puntual con los horarios.
3. Ser respetuoso con los docentes, estudiantes y la comunidad en general de la institución destino.
4. Mantener un comportamiento adecuado y responsable en todos los sitios a los cuales tenga acceso en la institución destino.
5. Demostrar respeto y acato a las instrucciones que docentes y encargados en la institución destino me brinden para optimizar mi participación y seguridad en el viaje.
6. No realizar conductas que sean objeto de penalización por parte de la Leyes del país donde realiza la movilidad, o vayan en contravía de las buenas costumbres.
7. No consumir licor, ni sustancias psicoactivas.
8. No menoscabar la seguridad, higiene y tranquilidad dentro de la institución y en los sitios de residencia y alimentación.
9. Mantener con mi comportamiento el buen nombre de mi Universidad y de mi región.
10. Reportar a la Oficina de Internacionalización de USANTANDER, cualquier incidente que ponga en riesgo mi estadía e integridad en el lugar destino.
11. A mi regreso entregar a USANTANDER un testimonio de mi movilidad con soporte fotográfico.

Para cualquier emergencia por favor comunicarse con:

(Nombre padres o adulto responsable)

Teléfonos:

Relación o parentesco:

No sufro ninguna enfermedad pre-existente, la cual necesita un tratamiento médico permanente durante mi estadía en el país destino, tal como se evidencia en el certificado médico adjunto.

Como participante del Programa de Movilidad de la Universidad Santander - USANTANDER, declaro que la información escrita previamente es veraz, además que he recibido de la Oficina de Internacionalización el Reglamento de Movilidad Estudiantil, el cual he leído y acepto todos los procesos, requisitos y condiciones para hacer posible mi movilidad, al igual que todas mis obligaciones las cuales estoy dispuesto(a) a cumplir.

**FIRMA ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**C.C: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA RESPONSABLE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**C.C \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**