

# COMPROMISO DE ACEPTACIÓN DE VACANTE PROGRAMA DE MOVILIDAD ESTUDIANTIL

**LLENAR TODOS LOS CAMPOS CON MAYÚSCULAS**

**Sr. Director**

Escuela Profesional de Medicina Humana  
Universidad de Piura

Unidad de Relaciones Interinstitucionales e Internacionalización  
Facultad de Medicina Humana  
Universidad de Piura



Por medio de la presente me dirijo a Ud. para confirmar que yo, \_\_\_\_\_, alumno/a del Programa Académico de \_\_\_\_\_ de la Universidad de Piura; identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, confirmo que, haré uso de la vacante que me fue otorgada como parte de la Convocatoria \_\_\_\_\_ del Programa de Movilidad Estudiantil, para la rotación/pasantía en \_\_\_\_\_ durante el período de \_\_\_\_\_ (duración en días).

Así mismo, declaro tener conocimiento de lo establecido en el Reglamento de Movilidad Estudiantil de la Facultad de Medicina Humana.

Sin otro particular me despido.

Atentamente,

Miraflores, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Nombres y apellidos:  
Documento de identidad: