

COMPROMISO DE **ACEPTACIÓN DE VACANTE** PROGRAMA DE MOVILIDAD ESTUDIANTEL

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:

