

## CARTA COMPROMISO MOVILIDAD ENTRANTE DE PREGRADO

<b>Fecha:</b>		<b>ID:</b>	
<b>Nombre del Estudiante:</b>			
<b>Centro Académico Receptor:</b>			
<b>Departamento Académico:</b>			
<b>Programa Educativo:</b>			
<b>Universidad de Origen:</b>			
<b>Período de Movilidad:</b>			

**Manifiesto bajo protesta de decir verdad que acepto lo siguiente:**

1. Conozco y asumo el compromiso de cumplir las normas y reglamentos institucionales, tales como, los *“Lineamientos de Movilidad Entrante de Pregrado”*, los cuales me fueron proporcionados por el Departamento Apoyo a la Formación Integral (DAFI) y he leído y comprendido su contenido para su cumplimiento, lo cual es requisito indispensable para la admisión.
2. Conozco y asumo el compromiso de cumplir con la Legislación Universitaria de la Universidad Autónoma de Aguascalientes en cuanto a requerimientos académicos, administrativos, disciplinarios y de seguridad – sanitarios.
3. Asumo los gastos de trámites de visado, gastos administrativos, alojamiento, alimentación y transporte local, así como cualquier otro personal durante mi movilidad y aquellos que no estén incluidos en acuerdos de reciprocidad.
4. *Para el caso de movilidad internacional*, presentaré ante el DAFI ([visitantesuaa@edu.uaa.mx](mailto:visitantesuaa@edu.uaa.mx)), antes de salir de mi país de origen, copia de mi póliza de seguro de viaje internacional, lo cual es un requisito esencial para la aceptación de estudiantes extranjeros, cumpliendo, sin excepción, con la cobertura señalada en los *“Lineamientos de Movilidad Entrante de Pregrado”*. Presentar copia de mi *Forma Migratoria Múltiple (FMM)* o visado, según corresponda. Además, entregaré copia de mi *“Tarjeta de Emergencia”* al DAFI. En caso de que salir de viaje notificaré al DAFI, y llevaré en todo momento copia de mi póliza de seguro, y *“Tarjeta de Emergencia”*. Ubicaré los hospitales que estén incluidos en mi póliza de seguro de viaje internacional. En caso de emergencia, accidente o enfermedad, notificar inmediatamente a mi aseguradora conforme a lo establecido en la póliza que contrate, me presentaré en mi clínica más cercana, si me encuentro imposibilitado lo podrá hacer un tercero. A su vez, informaré a mis familiares, Jefe de Departamento Académico y al DAFI.
5. *Para el caso de movilidad nacional*, entregaré al DAFI ([visitantesuaa@edu.uaa.mx](mailto:visitantesuaa@edu.uaa.mx)) Constancia de Vigencia de Derechos con cambio de domicilio (tramitado ante IMSS), antes de salir de mi ciudad. Además, copia de mi *“Tarjeta de Emergencia”*. En caso de salir de viaje notificaré al DAFI, y llevaré en todo momento copia de mi Constancia de Vigencia de Derechos-IMSS, y *“Tarjeta de Emergencia”*. En caso de emergencia, accidente o enfermedad, me dirigiré a mi clínica asignada en mi cambio de domicilio y si me encuentro imposibilitado lo podrá hacer un tercero. A su vez, informaré a mis familiares, Jefe de Departamento Académico y al DAFI.
6. Estaré pendiente de mi correo electrónico que he proporcionado y reportaré inmediatamente al Jefe de Departamento y al DAFI de cualquier cambio de estatus de mi movilidad, haciendo entrega de los formatos que correspondan.
7. De ser necesario renunciar al programa de movilidad, notificaré de inmediato a mi Jefe de Departamento Académico y al DAFI, con copia a su UO, con los requisitos que marcan los lineamientos de movilidad entrante de pregrado.
8. En caso de ser necesario, realizar el ajuste correspondiente a mi dictamen de materias a través del formato *“hoja de inscripción DO-SA-FO-90”* el cual deberá contener nuevamente las autorizaciones pertinentes.
9. Participar en la sesión de inducción, la cual es obligatoria y es brindada por el DAFI.
10. Contestar encuestas, proporcionaré testimonios y/o cualquier evidencia, derivada de la realización de mi movilidad académica, según me sea requerido.
11. La UAA no se responsabiliza por la integridad del estudiante ni por cualquier inconveniente que eventualmente pueda surgir.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma (\*)  
**Estudiante de Movilidad**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma (\*)  
**Responsable Institucional  
de la Universidad de Origen**

(\*) (firma autógrafa igual a identificación oficial entregada)

Elaborado por: Encargado PME.

Revisado por: Jefe de Depto. AFI.

Aprobado por: DG Servicios Educativos

Código: DO-SA-FO-93

Actualización: 02

Emisión: 16/12/2022