



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Medicina
Humana

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Intercambio

Favor de usar letra imprenta.

_____de _____de 20__

Manifiesto mi aceptación por la participación de mi hijo(a)
_____en el programa de
Intercambios de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín
de Porres para el Periodo _____(mes)_____(año), de la misma
manera asumo toda responsabilidad en el comportamiento de mi hijo(a) durante su
estancia en la universidad y hospital anfitriones y en la cobertura de los costos que
este programa genere.

Sé que la entrega de esta solicitud en la Oficina de Extensión y Proyección
Universitaria no es garantía de que mi hijo(a) sea aceptado(a), sino que será
necesaria la aprobación por la Universidad de destino para que él (ella) quede
formalmente admitido(a) en dicho programa.

Es de mi conocimiento que mi hijo(a) está al tanto de las condiciones
generales del intercambio y que cumplirá con todas ellas.

ATENTAMENTE,

Nombres y Apellidos

Firma

Teléfono

DNI

Parentesco