**CARTA COMPROMISO**

**(Reinscripción de Residentes)**

Mérida, Yucatán a XX de XXXXXX de 2019

**M.D.G.S.S. Manuel René Medina Moreno**

**Secretario Administrativo**

 Quién suscribe **Nombre del Residente**, por este medio declaro haber leído y comprendido la información contenida en el Boletín Informativo para los Residentes de las Especialidades Médicas 2019-2020, y me comprometo a entregar a la Oficina de Control Escolar de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán los documentos, requisitos y trámites necesarios para mi reinscripción como estudiante de dicha dependencia universitaria dentro de los plazos siguientes:

|  |
| --- |
| **PLAZOS DE REINSCRIPCIÓN** |
| * R2: 8, 9 y 13 de mayo de 2019.
* R3, R4 y subespecialidades: 14, 16 y 17 de mayo de 2019.
 |

He sido informado sobre los procesos establecidos en el mencionado boletín para los fines legales, administrativos y académicos que correspondan según sea el caso, asumiendo que de no cumplir en tiempo y forma con los documentos, requisitos y trámites de **reinscripción para el XXX curso de la especialidad o subespecialidad médica en XXXXXXX**, no seré reconocido como estudiante de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Atentamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL RESIDENTE