

**Tuxtla Gutiérrez, Chiapas**  
**Febrero de 2018**

### **Carta de Exoneración de Responsabilidad**

**ACEPTO** que la Facultad de Contaduría y Administración, C-I de la Universidad Autónoma de Chiapas no es responsable de mi persona, de mis actos al asistir a desarrollar la **Práctica Operativa Fase A**, a realizar en el periodo: del **08** de **junio** de **2018**, en **ciudad, estado**.

Estoy conforme que la Facultad de Contaduría y Administración, C-I de la Universidad Autónoma de Chiapas; no se obliga a cubrir mis gastos de enfermedad y accidente; toda vez, que me encuentro afiliado(a) con seguro facultativo de servicio médico proporcionado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con número de afiliación: **0000000000000000**.

Me comprometo y **ACEPTO** la responsabilidad del cuidado de mi persona, mis actos y a comportarme dentro de los valores de respeto. Así mismo, a cumplir con mis obligaciones de estudiante como lo establecen los lineamientos de la legislación universitaria, y en no dañar su imagen y prestigio.

En caso de emergencia, favor de comunicarse al tel. **(clave lada) número**, con **nombre apellido paterno apellido materno**; parentesco: **escribir**.

### **ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del alumno**

Vo.Bo. (Padre o tutor)

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma**

**Anexo:**

- 1. Identificación oficial del padre o tutor (copia de la credencial de elector, licencia de conducir y/o pasaporte).**

\*Este documento tiene carácter estrictamente interno, y el formato no puede ser utilizado para fines diferentes para los que fue diseñado.