**POSGRADO CICY**

**Anexo I. FORMATO DE AVISO DE AUSENCIAS POR ACTIVIDAD ACADÉMICA EXTERNA (Anexo I)**

**Posgrado (Programa/ *Opción*)**

Fecha y lugar

**Nombre del Estudiante**

**Ausencia:**

Curso/Congreso

Estancia

**PROGRAMA**:

Maestría

Doctorado

Semestre:

Lugar:

Institución receptora/Nombre del Congreso/Curso:

Período de la actividad: Del: DD/MM/AA al DD/MM/AA

**Cronograma de Actividades/Plan de trabajo (Insertar las filas q se requieran):**

Firma Vo Bo (Directores/as de tesis)

**OBSERVACIONES**

**Se deberá adjuntar:**

* **Carta de aceptación de la Institución Receptora.**
* **Declaración del estudiante sobre cobertura de seguro médico en el extranjero (*sólo aplica para ausencias académicas en el extranjero*)**

**DECLARACIÓN SOBRE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO EN EL EXTRANJERO**

El/la que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por mi propio derecho,DECLAROque he sido informado(a) que el Centro de Investigación Científica de Yucatán, A.C. (CICY) no es responsable de cubrir los gastos en los que yo, o mi familia, pueda incurrir en ocasión de CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE EN EL EXTRANJERO, que ponga en riesgo mi salud o mi vida, mientras realizo mi actividad académica fuera de los Estados Unidos Mexicanos.

Por tal motivo, RECONOZCO que es mi responsabilidad contar con una cobertura médica vigente o contratar una póliza de seguros, ya sea a una aseguradora nacional, o extranjera, que me ampare en la ocurrencia de cualquier siniestro relacionado con mi salud, o mi vida, en el país donde realice la actividad académica.

Sirva la presente para RELEVAR de toda responsabilidad al CICY y a sus autoridades y funcionarios, incluidos mi Director(a) de tesis y el personal de la Dirección de Docencia del Centro, respecto de cualquier evento de esta naturaleza que me pueda ocurrir en ocasión de la realización de mi actividad académica en el extranjero.

Nombre(s) y apellidos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Acuerdo CGP SO: 02:10:23 - Vigencia a partir del semestre 2024-II***