



**CARTA COMPROMISO  
DE PADRES DE FAMILIA O TUTORES**

Lugar: \_\_\_\_\_

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

Por este medio, el que suscribe C. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, padre de familia o tutor del (la)  
C. \_\_\_\_\_, con número de aspirante  
\_\_\_\_\_ a cursar la Licenciatura de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ en el Área de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma de Zacatecas, comprendo y acepto las condiciones para la realización del examen único de ingreso a las diferentes licenciaturas que son ofertadas en dicha área, entendiéndolo que se efectúa de acuerdo a los procedimientos marcados en la convocatoria emitida y con los requisitos de transparencia y responsabilidad que la propia UAZ marca.

En ese contexto, me comprometo a aceptar los resultados obtenidos y manifiesto que por ningún motivo habrá ninguna reclamación injustificada en torno a los mismos, salvo por alguna violación al procedimiento; lo anterior en el entendido de que la Universidad Autónoma de Zacatecas es una Institución responsable de las acciones que implementa y que se compromete socialmente a respetar los requisitos que define para los alumnos de nuevo ingreso al ciclo escolar 2023-2024, sin tener ningún favoritismo o pretensión alguna para su aceptación o rechazo.

Así mismo, estoy consciente de que la institución requiere aumentar el tiempo de trabajo para poder incrementar el número de aspirantes aceptados, por lo que declaro que, en caso de ser admitido, acepto incondicionalmente el horario que se le asigne, mismo que será inamovible y no negociable. Finalmente estoy enterado de que, en caso de ser admitido es requisito indispensable para la inscripción definitiva que mi hijo (a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, realice el Curso Propedéutico en el horario y espacio que se le asigne. Muestra de mi compromiso ciudadano, firmo al calce y adjunto fotocopia de mi credencial de elector, así como también la firma e identificación oficial de mi hijo o tutorado para los efectos a que ello conlleve.

**FIRMAS**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL  
PADRE O TUTOR**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE A  
INGRESAR AL ÁREA DE CIENCIAS DE  
LA SALUD**