



**CARTA COMPROMISO  
2025  
DE PADRES DE FAMILIA O TUTORES**

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

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

Por este medio, el que suscribe C. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, padre de familia o tutor del (la)  
C. \_\_\_\_\_, 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 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 2025 - 2026, 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**