

**CARTA AUTORIZACIÓN DE PADRES  
VERANO CLÍNICO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de la presente, manifiesto mi aceptación para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_, quien cursa \_\_\_\_\_ la Licenciatura/TSU \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ en la Escuela/Facultad de \_\_\_\_\_ de esta Casa de Estudios, participe en el Programa de verano en el Hospital/Instituto \_\_\_\_\_, localizada en (Ciudad, Estado y País) \_\_\_\_\_, durante el período del **22 julio al 09 de agosto del 2024** .

De la misma manera, asumo toda responsabilidad en cuanto a su comportamiento durante la posible estancia y estamos enterados que nuestro (a) hijo(a) podrá recibir una beca por parte de la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS), sin embargo de no ser beneficiado con dicha beca tenemos conocimiento que cubriremos los costos totales de su estadía en el programa. La entrega de esta carta de autorización a la Coordinación de Vinculación de la Facultad de Medicina no es garantía de que mi hijo(a) esté aceptado(a) en el Programa de Verano Clínico, ya que será necesaria la aprobación del Hospital/Institución para que él (ella) quede formalmente inscrito(a) y aceptado en dicho Programa.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Padre/Madre

Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

**Anexo: Copia de credencial de elector de Padre/Madre**