

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EMILIANO ZAPATA
DEL ESTADO DE MORELOS
CARTA DE AUTORIZACIÓN EN SALUD



Lugar y fecha: _____

Yo _____ con identificación oficial _____
Nombre completo padre/madre/tutor (a) (INE/pasaporte/cédula, etc.)

en mi calidad de _____ del aspirante
Madre/padre/tutor (a)

_____ quien acudirá a la Universidad Tecnológica Emiliano
Nombre completo de/la aspirante
Zapata del Estado de Morelos, por motivo del Curso de Selección, del 05 al 15 de agosto de 2025, por medio
del presente:

AUTORIZO

Que, en caso de que mi hijo (a)/tutelado (a) sufra algún accidente o situación que comprometa su salud física durante su estancia en las instalaciones universitarias o en las actividades organizadas por la Institución, pueda ser atendido (a) de manera inmediata por personal del Servicio Médico Universitario o trasladado (a) a la Unidad de Salud más cercana en caso necesario, para recibir la atención médica correspondiente.

Asimismo **DESLINDO DE TODA RESPONSABILIDAD** a la Universidad Tecnológica Emiliano Zapata Del Estado de Morelos, su personal directivo, académico y administrativo, por cualquier situación derivada de dichas atenciones médicas, dejando constancia de que se trata de una medida preventiva y de apoyo en caso de **EMERGENCIA**, y que entiendo que **el servicio brindado es de primeros auxilios y atención básica**.

Sin más por el momento, firmo la presente para los fines legales a que haya lugar.

Nombre y firma del padre/madre/tutor (a)

Teléfono de contacto

Nota: Anexar copia de documento de identificación (INE, pasaporte, cedula, etc.)

