**DRA. LAURA GEMMA FLORES GARCÍA**

**SUBCOORDINADORA DE COOPERACIÓN ACADÉMICA E INTERNACIONALIZACIÓN**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ZACATECAS**

El (La) que suscribe **nombre completo,** con número de matrícula **XXXX**, inscrito (a) en el programa educativo de **nombre de la carrera**,de la **nombre de la Unidad Académica** de la Universidad Autónoma de Zacatecas “Francisco García Salinas”, me comprometo a comprar por mi cuenta un seguro de gastos médicos antes de realizar mi movilidad hacia el extranjero, en virtud de que me encuentro realizando trámites para llevar a cabo una estancia académica dentro del Programa de Movilidad Estudiantil de la UAZ para el periodo académico **xxxx-xxxxx xxxxx (ejemplo:** **agosto-diciembre 2025).**

Dicho seguro de salud deberá cubrir los servicios médico-hospitalarios y de emergencia en el país de destino, cobertura de muerte accidental, incapacidad parcial y permanente, asistencia médico-farmacéutica, repatriación de restos y seguro de viaje. Del mismo modo, asumo la responsabilidad de los riesgos que surjan durante mi viaje y estancia en la **nombre de la universidad de destino**, ubicada en **nombre de la ciudad**, de **nombre del país**.

Atentamente

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ESTUDIANTE**

Zacatecas, Zac., a XX de XXX de XXXX.