

**Señores:**  
**Universidad de Margarita**  
**Presente.-**

**CARTA COMPROMISO**

Quién suscribe, \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_ y titular de la cédula de identidad N°: \_\_\_\_\_, por medio del presente declaro lo siguiente:

1. Que me encuentro consciente y asumo plenamente la responsabilidad y el deber de darle cumplimiento a todo lo relacionado, conexo y a fin con lo establecido con la **UNIVERSIDAD DE MARGARITA**, en cuanto al cumplimiento de las exigencias administrativas, arancelarias y demás recaudos documentales, normas internas y mis deberes como estudiante de esta Casa de Estudio.
2. Que me encuentro consciente y asumo plenamente la responsabilidad y el deber de darle cumplimiento a todo lo relacionado, conexo y a fin con lo establecido en la Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior y con la norma interna sobre Servicio Comunitario de la Universidad de Margarita, como requisito para la obtención del título de Educación Universitaria.
3. Que me encuentro consciente y asumo plenamente la responsabilidad y el deber de darle cumplimiento a todo lo relacionado, conexo y a fin con lo establecido por la **UNIVERSIDAD DE MARGARITA**, en lo atinente a la aprobación obligatoria de un idioma extranjero equivalente al nivel II.

En el Valle del Espíritu Santo, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Cedula de Identidad N°:** \_\_\_\_\_

**Carrera:** \_\_\_\_\_



**PLANILLA DE INSCRIPCIÓN ACADÉMICA**

**DATOS BÁSICOS**

APELLIDOS		NOMBRES		
CÉDULA DE IDENTIDAD / PASAPORTE		CARRERA		
ESTADO CIVIL	EDAD	NACIONALIDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)				

**INFORMACIÓN DE CONTACTO Y RESIDENCIA**

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN		
CON QUIÉN RESIDE <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> RESIDENCIA <input type="checkbox"/> AMIGOS <input type="checkbox"/> OTRO	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO ALTERNATIVO
CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL	CORREO ELECTRÓNICO ALTERNO	

**ESTUDIOS REALIZADOS**

TÍTULO OBTENIDO	Nº TÍTULO	INSTITUCIÓN	AÑO	CIUDAD

**FICHA MÉDICA Y PROTOCOLO DE EMERGENCIA**

CONTACTO DE EMERGENCIA		PARENTESCO	TELÉFONO DEL CONTACTO
GRUPO SANGUÍNEO	ALERGIAS	DISCAPACIDAD	
PATOLOGÍA		TRATAMIENTO	
¿TIENE HIJOS?	CANTIDAD	EDAD (ES)	

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ESTUDIANTE

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERAZ Y COMPLETA. ASIMISMO, RECONOZCO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD DE MARGARITA, COMPROMETIÉNDOME A CUMPLIR CON TODAS LAS NORMATIVAS APLICABLES.