Dr. Víctor Hugo Muñoz Muñoz

Director de la Facultad de Odontología Región Xalapa

Universidad Veracruzana

P R E S E N T E

El (la) que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, alumno (a) con número de matrícula S\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; solicito se me asigne un casillero, comprometiéndome ante la Coordinación de Clínicas a cuidar y darle buen uso. Asimismo, asumo que debo respetar los lineamientos para el uso de los casilleros, así como el pago por la reparación de daños que por descuido, dolo o mala fe presente el bien asignado.

Es mi compromiso y responsabilidad entregar el casillero en buen estado cuando me sea requerido por indicaciones de la Coordinación de Clínicas de esta Facultad, en el entendido de que, si no lo hago en los cinco días hábiles posteriores a la fecha señalada, **ACEPTO** que el casillero quede a disposición de la autoridad competente.

A T E N T A M E N T E

Xalapa, Ver. a 17 de octubre de 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del alumno

Teléfono:

Correo:

\* Anexo copia de mi credencial de estudiante UV