

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

SISTEMA DE ATENCION INTEGRAL A LA SALUD

**CARTA RESPONSIVA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**

C. Representante de la Universidad Veracruzana

P r e s e n t e

El (la) suscrito (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre completo del trabajador(a)

No. de Personal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puesto y Categoría: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Región: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En cumplimiento a lo que establece la normatividad de la Universidad Veracruzana, bajo protesta de decir verdad, y con la finalidad de que se otorgue la prestación médica a mi hijo(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, hago de su conocimiento que actualmente cursa sus estudios de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(grado que cursa), en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nombre de la institución), con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, razón por la cual solo se entrega copia de la constancia de estudios vigente que es copia fiel de los documentos legítimos.

Sabedor(a) que la Universidad Veracruzana tiene la facultad de verificar la información y documentación que se entrega, en el supuesto de presentar documentación apócrifa, la Universidad procederá en términos de la normatividad legal aplicable.

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

Nombre y Firma