**CARTA COMPROMISO**

**SEGURIDAD SOCIAL.**

***Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, MATRÍCULA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*** en mi calidad de estudiante de ***NUEVO INGRESO\_\_\_\_\_\_ O REINGRESO\_\_\_\_\_***, en pleno uso y goce de mis facultades y capacidades legales, manifiesto, que se me ha informado puntualmente, respecto de mis obligaciones, dentro del procedimiento de Alta del Seguro Facultativo.

Motivo por el cual, acepto que es mi entera responsabilidad, entregar al Departamento de Servicios Escolares, en un término no mayor a 7 días, posteriores a la fecha plasmada en la presente carta, mi hoja de número de seguro social y Constancia de Vigencia de Derechos (Aplica para estudiantes con prórroga en NSS), descargándola en la siguiente dirección http://www.imss.gob.mx/imssdigital

De igual forma, acepto revisar la vigencia de mis derechos de seguridad social, en el mes de octubre, para corroborar, que efectivamente, la Universidad Tecnológica de Cancún, me tenga dado de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Si como efecto de dicha revisión o por cualquier otra causa, resultare que me encuentro dado de alta, ante alguna dependencia de salud, por alguna empresa, persona física, o entidad educativa o derivado de algún derecho adquirido por mis familiares; deberé notificarlo a la brevedad posible, al Departamento de Servicio Médico y Psicológico, debiendo expresar mi voluntad de permanecer con estos derechos o con el seguro facultativo que ofrece la Universidad.

Si por alguna razón, causara baja de estos beneficios de Seguridad Social, diferentes a los que Ofrece la Universidad, ratifico mi obligación de notificar, en un término que no exceda de **5** días, posteriores a mi baja, al Departamento de Servicio Médico y Psicológico, para que estos procedan a darme de alta en el Seguro Facultativo de la Universidad.

El incumplimiento a cualquiera de estos compromisos, liberará a la Universidad Tecnológica de Cancún, de cualquier accidente o enfermedad, que pudiera acontecer a mi persona. Por lo que, en caso de incurrir en estas omisiones, no me reservo acción ni derecho que ejercitar en contra de la Universidad Tecnológica de Cancún.

Cancún, Quintana Roo a **\_\_\_\_**de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**de**\_\_\_\_\_\_\_**.

***A t e n t a m e n t e***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE***

**Aviso de Privacidad Simplificado de: Servicio Médico y Psicológico.** En cumplimiento a Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo, la UT Cancún en su calidad de Sujeto Obligado informa que es el responsable del tratamiento de los Datos Personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad con lo dispuesto en los citados ordenamientos y demás que resulten aplicables. La información de carácter personal aquí proporcionada, únicamente podrá ser utilizada para tener herramientas necesarias para determinar un diagnostico psicológico y/o médico, así como contar con un perfil psicométrico de los alumnos, y llevar a cabo el programa de planificación familiar que nos permitan llevar un registro que pueda medir la frecuencia con la que se usa el servicio, asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los Datos Personales que se hayan recabado. Para mayor detalle consulte, nuestro Aviso de Privacidad Integral en: www.utcancun.edu.mx en la sección de “Avisos de Privacidad”.