



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA
SEGUNDAS ESPECIALIDADES

**CARTA DE COMPROMISO DEL POSTULANTE A LA SEGUNDA
ESPECIALIDAD DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA**

Mediante el presente documento, yo: _____

identificado con Documento Nacional de Identidad DNI N°: _____

Con domicilio en: _____

**POSTULANTE A LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA:**

me comprometo voluntariamente a aceptar y acatar las normas y Reglamentos vigentes de la Universidad Andina del Cusco, así como de la Segunda Especialidad de la Escuela profesional de Estomatología, que comprendo la importancia que tiene su observancia y por lo tanto acepto cumplirlas, para lo cual firmo en señal de aceptación y conformidad.

Cusco, ____ de _____ de 20__

Firma del Postulante
DNI N°