



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN ARECIBO

Programa de Intercambio Estudiantil

PO Box 4010

Arecibo, PR 00613-4010

Tel: (787)815-0000; Ext. 3035



Relevo de Responsabilidad del Estudiante

(mayor de 21 años)

Yo, _____, mayor de edad, soltera(o) casada(o)
vecina(o) y residente de _____ declaro:

- ✓ Certifico que mi nombre y demás circunstancias personales son las aquí expresadas.
- ✓ Soy estudiante a tiempo completo de la Universidad de Puerto Rico en Arecibo, con número de estudiante _____.
- ✓ He solicitado participar y he sido admitida(o) al Programa de Intercambio de Estudiantes entre la Universidad de Puerto Rico en Arecibo y _____ durante el 1er 2ndo semestre del año académico 20____ - 20____.
- Asumo toda responsabilidad por cualquier daño que pueda ocurrir durante todas las etapas del viaje de estudios.
- Certifico haber sido orientada(o) debidamente con respecto a la importancia de tener una cubierta médica válida durante mi tiempo de intercambio fuera de Puerto Rico.
- De no presentar evidencia de cubierta médica, acepto que la universidad huésped, si así lo decide, podría cobrarme el costo de su plan médico institucional.

Firma del estudiante

Fecha