



Colegio de Ingeniería
Decanato Asociado de Asuntos Académicos
Recinto Universitario de Mayagüez
PO Box 9000
Mayagüez, Puerto Rico 00681-9000



**RELEVO DE RESPONSABILIDAD
POR COSTOS DE GASTOS MEDICOS - ANEJO 5
AÑO _____**

Yo _____, padre, madre o encargado/a de el/la
(Nombre Completo padre, madre o encargado/a Letra Molde)
joven _____,
(Nombre Completo Participante Letra Molde)

Certifico que mi hijo/a ____ **posee** / ____ **no posee** un plan medico de salud.

De mi hijo/a **no poseer** un plan médico de salud, relevo de toda responsabilidad al Recinto Universitario de Mayagüez y a los organizadores del Programa de Pre-Ingeniería, por los costos de servicios médicos en los cuales pueda incurrir mi hijo/a en caso de requerir asistencia médica mas allá de la ofrecida por el Centro de Servicios Médicos del Recinto.

Firma del padre, madre o encargado/a

Fecha

Indicar con "X" la Sesión Asignada:

(____Primera / ____Segunda Sesión)