



## ACTA COMPROMISO

Yo, \_\_\_\_\_,  
de nacionalidad venezolana, domiciliado en Mérida, de estado civil: \_\_\_\_\_, titular de la Cédula de Identidad número: \_\_\_\_\_, en mi carácter de **ESTUDIANTE REGULAR** del sexto (6°) año de la carrera de Medicina de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes (ULA), por medio de la presente **ACTA COMPROMISO** declaro: **Primero**: Quedo obligado(a) a cumplir estrictamente lo prescrito en las leyes y reglamentos por los cuales se rige la Universidad de Los Andes. **Segundo**: Queda entendido que durante el tiempo que permanezca en el Internado Rural de Medicina Comunitaria no mantendré con la Universidad una relación de tipo laboral, sino de tipo estrictamente académico. **Tercero**: Acepto que durante el tiempo que permanezca en el Internado Rural de Medicina Comunitaria me someteré a los rigores y riesgos inherentes a la vida, en consecuencia en caso de accidentes, lesiones, enfermedades u otros hechos que pudieren incapacitarme en forma parcial o absoluta, temporal o permanente y aún ocasionarme la muerte, renuncio expresamente a cualquier reclamo o acción contra la Universidad de Los Andes, por concepto de daño y/o perjuicios materiales y/o morales o por otro concepto derivado o en relación a dicho(s) accidente(s). Se hacen dos (2) ejemplares de un mismo tenor y aun solo efecto de los cuales un (1) original lo tendrá la Escuela de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes y el otro para el otorgante.

Firmo conforme en la ciudad de Mérida a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año dos mil \_\_\_\_\_ (20\_\_\_\_\_).

\_\_\_\_\_  
Firma