**Carta compromiso de asistencia a clases presenciales del Doctorado en Salud Pública**

Lugar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dr. Horacio Riojas Rodríguez**

Presidente del Capítulo Intercolegiado del

Doctorado en Salud Pública

**Dra. Angélica Ángeles Llerenas**

Coordinadora Titular del programa de

Doctorado en Salud Pública

Por medio de la presente, el (la) que suscribe, (NOMBRE, TÍTULO Y CARGO), declaro tener pleno conocimiento de que al inscribirme en *el Programa de Doctorado en Salud Pública* (DSP) del Instituto Nacional de Salud Pública, adquiero el compromiso total y definitivo de asistir a las clases presenciales durante cinco semanas cada semestre, a lo largo de los tres años de duración del doctorado. Durante este tiempo, mi dedicación será de tiempo completo y exclusivo al programa.

Acepto desde ahora que de ser seleccionado, mi inasistencia a las clases y seminarios presenciales que se impartan provocara mi baja definitiva del programa y, por lo tanto, la imposibilidad de obtener el grado correspondiente. Por otra parte, reafirmo mi compromiso de cumplir en tiempo y forma con todas las actividades a distancia que completan el programa de DSP.

Respetuosamente,

­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre, cargo, firma