MEMBRETE DE LA INSTITUCIÓN QUE EMITE LA CARTA COMPROMISO

Lugar1, a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2024.

*Asunto: Carta-Compromiso*

**Dr. Eduardo Lazcano Ponce**

**Director General del INSP**

**P r e s e n t e.**

Por este medio me permito informar a Usted que ésta institución, a través de mi persona, en mi calidad de 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, otorga el permiso para que el Mtro. / la Mtra. 3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se desempeña en el cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cuente con disponibilidad del tiempo necesario para participar en el Programa de Doctorado en Salud Pública, en estricto apego al tiempo que el Instituto Nacional de Salud Pública ha establecido para lograr la defensa de tesis y obtención de grado correspondientes. Estoy informada(o) de que la duración del programa es de 36 meses, de modo que el periodo asignado a la generación 2024 es el siguiente:

* Inicio: septiembre de 2024
* Término: agosto de 2028

Estoy informado(a) de que la modalidad del Doctorado es *semipresencial*. Esto significa que el (la) estudiante deberá participar en actividades académicas presenciales en las instalaciones del Instituto Nacional de Salud Pública durante cinco semanas por cada uno de los seis semestres del programa, tiempo durante el cual estará dedicado de manera exclusiva a éste y por tanto deberá ausentarse de su centro laboral durante las fechas que se determinarán oportunamente. Además, durante el resto del tiempo el (la) estudiante se compromete a cumplir en tiempo y forma con todas las actividades académicas (sesiones en línea, entrega de trabajos y tareas) a distancia con las que se completa el programa del Doctorado en Salud Pública.

Así mismo declaro que tengo pleno conocimiento de que el cumplimiento de las actividades académicas asignadas queda bajo estricta responsabilidad del estudiante.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

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

Nombre, cargo, firma y sello oficial

CCP. Dra. Angélica Ángeles Llerenas. Coordinadora del Doctorado en Salud Pública del INSP.

1=Entidad o país de procedencia

2= Cargo que desempeña en la institución

3= Nombre completo del o la estudiante