



UNIVERSIDAD AFRO-AMERICANA
DE ÁFRICA CENTRAL
(AAUCA)

.....
RECTORADO

COMPROMISO DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

Yo, D./Dña con el
DIP/pasaporte N°.....

PADRE

MADRE

TUTOR/A

De (nombre del estudiante) D./Dña,
Estudiante admitido/a en la Universidad Afro-Americana de África Central
(AAUCA), en la Facultad/Escuela de,
en la orientación académica (Carrera).....,
acepto y me comprometo ante la entidad de la AAUCA, a asumir íntegramente, en
caso de enfermedad grave de mi durante el presente
curso académico 2022- 2023, la responsabilidad del coste que derive de su traslado,
tratamiento y/u hospitalización, durante el tiempo de convalecencia, hasta su total
restablecimiento; así como de su correspondiente regreso al Campus.

Djibloho (Ciudad de la Paz) a..... de.....de 202.....

POR UNA GUINEA MEJOR

El padre/la madre/ el/la tutor/a

