**(Ciudad de origen) a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.**

**Mtro. Eduardo García Lima**

**Director de Intercambio Académico**

Presente

Yo **(escriba aquí su nombre completo)** de **nacionalidad (escriba aquí la la nacionalidad a la que pertenece)** hago constar que:

1. He leído y acepto las condiciones establecidas en la Convocatoria **Beca de Especialidades Médicas 2024.**
2. Hago constar, y bajo protesta de decir verdad, certifico que la información que se proporcionó a la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo **(AMEXCID)** es verdadera y acepto que pueda ser verificada cuando asi se determine.
3. Acepto la resolución que la AMEXCID emita respecto a mi candidatura, la cual será definitiva e inapelable.
4. He leído y acepto los compromisos y condiciones que regirán mi estancia en territorio mexicano durante la vigencia de la beca que me sea otorgada.
5. Me comprometo a regresar a mi país de origen una vez que culmine los estudios para los que he postulado.
6. Declaro que no incido en las particularidades señaladas en el apartado **SON INELEGIBLES** de la Convocatoria antes citada.

**Atentamente**

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

(Coloque aquí su firma con tinta azul)

*Los datos personales se encuentran protegidos por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, por lo que se deberá garantizar la seguridad y confidencialidad de dichos datos evitando el acceso y uso no autorizado, divulgación, sustracción u otra acción que pueda menoscabar el derecho a la protección de los datos personales, en términos de la citada normatividad. Consulte el aviso de privacidad en el siguiente vínculo electrónico:*

<https://sre.gob.mx/index.php/avisos-de-privacidad-convocatorias>