



**Relevo de Responsabilidad del Padre, Madre o Encargada(o)**  
(menor de 21 años)

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad,  soltera(o)  casada(o), de profesión \_\_\_\_\_, vecina(o) y residente de \_\_\_\_\_ declaro:

- Certifico que mi nombre y demás circunstancias personales son las aquí expresadas.

- Soy  madre  padre  tutor legal con patria potestad de \_\_\_\_\_, con número de estudiante \_\_\_\_\_ que cursa estudios en la Universidad de Puerto Rico en Cayey.

- La / El estudiante ha solicitado participar en el Programa de Intercambio de Estudiantes entre la Universidad de Puerto Rico en Cayey y \_\_\_\_\_ durante el  1er  2ndo semestre del año académico 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_.

Autorizo a mi hija(o) a participar de dicho intercambio.

Asumo toda responsabilidad por cualquier daño que pueda ocurrir durante todas las etapas del viaje de estudios.

Certifico estar consciente de la importancia de tener una cubierta médica válida durante el periodo de intercambio que mi hija(o) estará fuera de Puerto Rico.

De no presentar evidencia de cubierta médica, acepto que la universidad huésped, si así lo decide, podría cobrar automáticamente el costo de su plan médico institucional.

\_\_\_\_\_  
Firma (padre, madre o encargada(o))

\_\_\_\_\_  
Número de identificación del tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha