

**ANEXO II**

**CARTA COMPROMISO POSTULANTE**

**Programa de Becas de Cooperación Sur – Sur**

**AGCID – Universidad de Concepción**

Como postulante al II Curso Internacional Telemedicina, Telesalud y Aplicaciones Clínicas, a realizarse por la Universidad de Concepción:

YO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nombre postulante*

DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*País de origen*

**Declaro que toda la información presentada es veraz, correcta y completa y en caso de obtener la beca, me comprometo a respetar las siguientes normas:**

1. Cumplir rigurosamente el Programa del Curso Internacional.
2. Aceptar todas las condiciones estipuladas en relación al Curso.
3. Respetar las instrucciones entregadas en el desarrollo del Curso.
4. No interrumpir el Curso Internacional salvo en caso de alguna circunstancia grave que determine imposibilidad para continuar el entrenamiento.
5. Al concluir el programa académico, realizar actividades de transferencia de conocimientos e implementar mi proyecto de finalización del Curso.
6. En caso de desistir de participar en el Curso Internacional, una vez seleccionado/a, comunicarlo al Punto Focal de AGCID con un mínimo de 10 días de anticipación al inicio del Curso e indicar las razones de fuerza mayor que obligan a esa decisión.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_.**

*(Lugar (Día) (Mes)*

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

**Firma del/de la postulante**