



Universidad Autónoma de Santo Domingo. (UASD)
Primada de América. Fundada el 28 de octubre del 1538.

Facultad de Ciencias de la Salud / Escuela de Medicina.

Carta Compromiso de Aceptación.

Yo: _____, Matriculado en la Carrera _____, de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, con la **Matrícula /ID.** _____, testifico haber sido informado de manera cabal en relación a los requisitos para entrar a la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencia de la Salud de esta Universidad.

Que debo cursar un nivel de **PRE-MÉDICA** con una carga académica de 91 créditos y completar este nivel con índice académico mínimo de 75 puntos para poder iniciar los estudios del 2do nivel básico de la Carrera de Medicina.

Que debo tener la tarjeta de vacunación con la aplicación de las tres (3) dosis de Hepatitis B y las tres dosis (3) de Tétanos completas, así como cualquier otra inmunización que por razones de bioseguridad disponga esta institución.

Que me fue entregada una documentación escrita que contiene la información antes citada y a su vez me insta a mantener dicha documentación conmigo.

Conociendo de manera expresa los requisitos, acepto el mismo y autorizo a la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) a efectuar a través de la Oficina General de Admisiones (OGA) los procesos necesarios para el ingreso a la Carrera de Medicina.

Dado en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma

Cédula