|  |
| --- |
|  |
| (Ciudad y Fecha) |

**CARTA DE COMPROMISO DE RETORNO AL PAÍS DE ORIGEN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Yo |  | | | | |
| identificado (a) con el número de pasaporte | | | |  | |
| de nacionalidad | |  | | | |
| con domicilio en | |  | | | |
| de la ciudad de | |  | | | |
| , actualmente me desempeño como: | | |  | | |
| , me comprometo a regresar a mi país de origen o residencia | | | | |  |
| una vez que culmine el programa de estudios/investigación al que me postulo en el marco de la Convocatoria del Programa de Becas de Estancias Académico - Prácticas de Actualización en el tratamiento de padecimientos médicos y quirúrgicos de la columna vertebral 2020. | | | | | |

|  |
| --- |
|  |
| Nombre y firma del solicitante |