Hermosillo, Sonora a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2025

**CARTA COMPROMISO PARA LOS ESTUDIOS PREVENTIVOS CHECK UP 2026**

Por este medio manifiesto pleno conocimiento y aceptación de lo establecido en la convocatoria para los estudios preventivos check up 2025-2026.

De ser aceptado en la convocatoria, me comprometo asistir puntualmente a la cita programada en horario de **7:15 a 12:00 p.m.**, en caso de no poder asistir a la cita, me responsabilizo a dar aviso con **dos días hábiles** **de anticipación** por medio de correo electrónico: [**up@cimahermosillo.com**](mailto:up@cimahermosillo.com) **o** **vía WhatsApp al 6624 99 93 15** al Hospital Cima, acompañado de la justificación médica o situación que le impide asistir para que se reprograme la cita por segunda ocasión.

El Hospital Cima de Hermosillo cuenta con un horario de atención de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

Acepto que se cancele automáticamente y que se otorgue a otro(a) maestro(a) en caso de no asistir a la cita sin previo aviso.

Agradeciendo su atención quedo de usted,

**Atentamente,**

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

**Nombre completo de académico(a) y Firma.**

**Número de Empleado(a):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Departamento de Adscripción:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

C.c.p.- Comisión Mixta General de Prestaciones Sociales STAUS-UNISON.