###### A U T O R I Z A C I O N

Zacapoaxtla, Pue., a\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_2024

**ASUNTO: Autorización.**

**LIC. MIGUEL CHOY LÓPEZ**

**DIRECTOR GENERAL DEL ITSZ**

**PRESENTE.**

Por este medio autorizo que mi hijo (a) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_** estudiante de la carrera de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, con número de control **\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, que cursa el \_\_\_\_\_\_\_semestre del grupo \_\_\_\_\_\_\_, asista a la Visita de estudios o Salida de campo, programada para la fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a la empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ubicada en **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Asimismo, cabe señalar lo siguiente:

Mi hijo(a) tiene una enfermedad o padecimiento: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Es alérgico a: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Requiere de algún cuidado especial: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.

Ninguno de los anteriores.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Es importante destacar que tengo conocimiento de la hora de salida que será a las **\_\_\_\_\_\_\_\_** horas y la llegada a las **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** horas aproximadamente.

Manifiesto que estoy enterado (a) del itinerario y las actividades académicas que se abordarán, así mismo estoy en conocimiento de los riesgos que esta salida implica y asumo cualquier responsabilidad por la conducta que mi hijo (a), que, si por negligencia o decisión propia no se apegare a este itinerario y a las indicaciones que reciba de sus profesores, deslindando de responsabilidad al Instituto de dichos actos.

Con la finalidad de poder comunicarse con su servidor (a), proporciono los siguientes números telefónicos y la hora en la que me pueden encontrar:

Casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora para localizar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora para localizar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora para localizar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sin más por el momento, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

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

**Nombre y firma del Padre o tutor**.

Lugar donde aborda y/o desciende el alumno: **Zaragoza / Zacapoaxtla**

**(Favor de tachar el lugar)**

**Los datos personales que usted proporciona en el llenado de este formato de “Autorización a visita de estudios y/o prácticas de estudio”, así como la copia de su credencial oficial de identificación, se utilizan solamente con fines de brindar seguridad a su hijo(a), durante las salidas de estudios, y son protegidos por la ley, favor de consultar nuestro Aviso de Protección de Datos Personales en la siguiente liga:** [**http://itsz.edu.mx/index.php/component/content/article/103-articulos-de-interes/261-aviso-de-proteccion-de-datos-personales**](http://itsz.edu.mx/index.php/component/content/article/103-articulos-de-interes/261-aviso-de-proteccion-de-datos-personales)**.**

**En esta casa de estudios elaboramos y colaboramos en la realización de publicaciones, comunicaciones, y diversos documentos en donde su imagen es necesaria para su ilustración. Agradecemos que nos autorizara a reproducir con estos fines las fotografías en las que sale su imagen. En el caso de que conceda su autorización, nos comprometemos a usarlas exclusivamente con dichos fines.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del alumno**