



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO DE RÍO PIEDRAS  
FACULTAD DE ESTUDIOS GENERALES  
PROGRAMA DE SERVICIOS ACADÉMICOS EDUCATIVOS

### CERTIFICACIÓN DE PADRES

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, libre y voluntariamente bajo el  
(nombre del padre/madre/padrazos/encargados)  
más solemne juramento declaro que la información en esta solicitud es la verdad y nada más que la verdad,  
según mi mayor saber y entender. **Y PARA QUE ASÍ CONSTE**, firmo la presente certificación en  
\_\_\_\_\_, PR, hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
MES / DÍA / AÑO

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o encargado(a)

### COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE

Yo \_\_\_\_\_, entiendo las responsabilidades que tengo que  
cumplir como participante del Programa de Servicios Académicos Educativos y me comprometo a cumplirlas  
cabalmente. Entre estas responsabilidades están:

1. Participar y finalizar el Pre Universitario durante el verano.
2. Asistir a tutorías requeridas.
3. Asistir a la consejería grupal una vez por semana y a la consejería individual por lo menos dos (2) veces al semestre y cuando sea necesario.
4. Acudir a las citas para entrevistas cuando algún personal del Programa lo considere conveniente.
5. Contestar de forma **diligente** llamadas telefónicas, mensajes electrónicos/redes sociales o comunicados escritos recibidos.
6. Asistir a las actividades culturales y educativas auspiciadas por el Programa.
7. Luego del primer año:
  - a. visitar mi consejero(a) una vez por semestre.
  - b. mantener contacto con mi mentor(a).
  - c. asistir a un taller semestral asignado de acuerdo a mi clasificación.
8. Completar **diligentemente** cuestionarios, evaluaciones, formas y otros documentos que requiera el Programa.

Autorizo el uso de material audiovisual (fotos, videos, grabaciones, impresos) y el uso de mi nombre y apellido en cualquier publicación del Programa de Servicios Académicos Educativos. Autorizo a la administración del Programa a utilizar cualquier información de mi expediente que se encuentre bajo la custodia de la Institución para agilizar cualquier ayuda que el Programa me pueda prestar en el área de servicios de apoyo. Entiendo que el uso de esta información es de carácter confidencial, de acuerdo a las estipulaciones federales de la Ley de Privacidad de 1974.

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
MES / DÍA / AÑO

\_\_\_\_\_  
Número de Estudiante

\_\_\_\_\_  
Para uso interno de la Oficina del PSAE

\_\_\_\_\_  
Firma del Consejero(a) PSAE

\_\_\_\_\_  
Firma del Director(a) PSAE