

Fecha: _____

Nombre completo: _____

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que estoy enterado(a) que en caso de ser acreedor de la beca del 100% patrocinada por **Methodist Healthcare System** para cursar el programa **International Nursing Pathway by the Alamo Colleges District & Tecmilenio** ofertado por Alamo Colleges en colaboración con ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN SUPERIOR A.C. (en adelante Universidad Tecmilenio), estoy de acuerdo que:

- El ser becario de este programa, es parte de mi desarrollo personal y profesional. Entiendo que el objetivo principal es acreditar cada uno de los cursos que incluye el programa International Nursing Pathway by the Alamo Colleges District & Tecmilenio.
- Será mi responsabilidad acreditar el programa International Nursing Pathway by the Alamo Colleges District & Tecmilenio que me brindará las herramientas necesarias para prepararme, presentar y acreditar el examen NCLEX del National Council of State Boards of Nursing y fortalecer mis conocimientos, competencias y habilidades para practicar exitosamente mi profesión en Estados Unidos. Deslindo a Alamo Colleges District y a la Universidad Tecmilenio de esta responsabilidad.
- Entiendo que el costo de los exámenes NCLEX y Jurisprudence correrán por mi cuenta ya que no son parte de la beca a la que estoy aplicando; así como, trámites de visado o migratorios.
- Asumo igualmente mi compromiso de residir en Texas, con el objetivo de desempeñarme como enfermero calificado en el Hospital Methodist. Acepto que los gastos de traslado correrán por mi cuenta.
- Acepto conducirme de manera ética en el cumplimiento de mis actividades académicas, asegurar el aprovechamiento de mis cursos obteniendo evaluaciones aprobatorias (80/100) y dar continuidad ininterrumpida a mi programa.
- El incumplimiento de alguno de los puntos anteriores podrá ser motivo para perder el beneficio de la beca, quedando a consideración de Alamo Colleges District, Universidad Tecmilenio y Methodist Healthcare System, el que pueda continuar estudiando el programa con mis propios recursos.
- Acepto cumplir con los lineamientos de la Beca Methodist Healthcare System, y entiendo que su incumplimiento puede derivar en la pérdida de la Beca y que me corresponda el pago del programa por cursar.

Acepto que he leído los términos y condiciones de la convocatoria para participar en la presente beca publicados en <https://cdc.tecmilenio.mx/en-us/beca-methodist-hospital> y el aviso de privacidad de Universidad Tecmilenio de Educación Continua, [Aviso de Privacidad Educación continua | Tecmilenio](#) y estoy de acuerdo con lo establecido en dicho aviso y que mis datos personales y académicos, datos financieros (tesorería, Becas, Apoyos financieros), datos de identificación y de contacto serán transferidos a Alamo Colleges District y al Hospital Methodist para fines de la beca.

Nombre y firma del alumno.

