

DECLARACIÓN

Por la presente, quien suscribe _____, DNI N° _____, estudiante del establecimiento educativo _____, sito en _____, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, participaré de las actividades presenciales de cierre de año y/o revinculación y/u orientación que se desarrollarán en el mismo.

DECLARO conocer todos los términos del “PROTOCOLO DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS DE ORIENTACIÓN E INTERCAMBIO Y ACTIVIDADES PRESENCIALES DE CIERRE DEL AÑO LECTIVO PARA LA EDUCACIÓN TÉCNICA SUPERIOR, FORMACIÓN PROFESIONAL Y LA EDUCACIÓN SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE (Resolución N.º 370-CFE/20 - Art. 2.b) 3.-)” aprobado por Resolución N.º 5/MEDGC/2020 y asumo el compromiso de cumplir todas las pautas allí detalladas.

Asimismo informo que cuento con el siguiente sistema de cobertura de salud:
_____.

En caso de emergencia, dar aviso a:

Apellido y Nombre:

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Relación con la/el estudiante: _____

FIRMA DEL/LA ESTUDIANTE

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI/CI/LC/LE