

**DECLARACIÓN JURADA DEL ALUMNO/A PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALIZANTES EN EL CAMPO ASISTENCIAL PARA CARRERAS DE SALUD**

Al Instituto Incorporado a la enseñanza oficial "XXX" (A-....)

Rector/a:

Por la presente quien suscribe, ....., DNI....., estudiante de 3.º año de la carrera "Tecnatura Superior en ....." (Norma legal), del establecimiento educativo sito en....., de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, DOY MI CONSENTIMIENTO para asistir y realizar las actividades correspondientes a las Prácticas Profesionalizantes en el campo asistencial.

Asimismo DECLARO conocer los protocolos aplicables y asumo el compromiso de cumplir con las condiciones establecidas por la institución educativa y la institución de salud.

Confirmando que cuento con el siguiente sistema de cobertura de salud.....

En caso de emergencia dar aviso a:

Nombre y apellido:.....

D.N.I.:.....

Domicilio:.....

Teléfono: .....

Relación con la/el estudiante:.....

**Firma del/la estudiante**

_____	_____	_____
<b>Firma</b>	<b>Aclaración</b>	<b>DNI/CI/LC/LE</b>