



CONVENIO CARTA DE BUENA SALUD



(Nombre de la región) _____ (Estado) _____ México,
a ____/____/2020

C. _____
P r e s e n t e.

El que suscribe C. _____, Con
No. De INE /IFE: _____, Prestador(a) de servicio
de honorarios en la Universidad Nacional Autónoma de México, manifiesto bajo
protesta de decir verdad, que gozo de buena salud, que no padezco algún tipo de
enfermedad que limite, afecte o intervenga en el desempeño de mis funciones en el
presente proyecto, por lo que en consecuencia me obligo a respetar las medidas de
seguridad y sanitarias, así como a guardar el debido comportamiento dentro del
área de trabajo.

Extendiendo la presente y ratifico las manifestaciones contenidas en este
documento y quien firma al calce como constancia.

A T E N T A M E N T E

C. _____

FIRMA