

## **Carta Responsiva de Autocuidados**

El que suscribe \_\_\_\_\_, alumno/a de la carrera de \_\_\_\_\_, con matrícula escolar \_\_\_\_\_, hago constar que tengo pleno conocimiento y me comprometo, durante todo el tiempo en el que me encuentre realizando actividades como prestador de \_\_\_\_\_, a acatar estrictamente las medidas de sana distancia y los protocolos de higiene emitidos por el IMSS.

En caso de presentar síntomas asociados a COVID-19, me abstendré de asistir a las instalaciones, dando aviso vía telefónica o por correo electrónico, al titular del área en la que esté realizando mis actividades, contando con tres días para realizarme la prueba para COVID-19 y presentar el resultado de ésta.

Fecha:

Nombre y firma

---

---