**CONSENTIMIENTO PARA ASISTIR A LA UNIVERSIDAD U OTROS LUGARES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES CURRICULARES EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19**

Con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como estudiante de la Carrera/Programa de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Universidad de Concepción, declaro estar consciente de la situación sanitaria del país, como consecuencia de la pandemia del virus SARS-Cov-2, que causa la enfermedad COVID-19, la cual tiene un alto riesgo de contagio.

Declaro haber leído completamente el protocolo respecto a condiciones de ingreso a dependencias universitarias o donde realice una actividad curricular fuera de la Universidad, habiendo sido informado(a) por parte de ésta acerca de todas las medidas de seguridad establecidas por la autoridad sanitaria y que se deben adoptar para disminuir el riesgo de contraer y transmitir la enfermedad por COVID-19:

* Uso obligatorio de EPP, los cuales serán provistos por mí.
* Distanciamiento entre personas.
* Lavado frecuente de manos con agua y jabón.
* Uso de desinfectante de manos en base a alcohol gel.

Declaro, asimismo, no tener alguna enfermedad o condición crónica de salud que la autoridad sanitaria haya declarado como enfermedad de riesgo, las cuales declaro conocer.

Asumo que, dadas las características de funcionamiento del lugar universitario y extrauniversitario, la adopción de todas las medidas de seguridad indicadas por la autoridad sanitaria, por la Universidad de Concepción, las adoptadas por la propia empresa o institución, y las adoptadas por mí, no imposibilitan que pueda ocurrir el contagio del virus SARS-Cov-2 y el desarrollo de la enfermedad durante la realización de la actividad curricular.

Asimismo, entiendo que el traslado desde mi lugar de residencia al lugar de estudio o trabajo, aun siguiendo todas las medidas de seguridad indicadas por la autoridad sanitaria y adoptadas por mí, no imposibilitan que ocurra contagio del virus SARS-Cov-2 y el desarrollo de la enfermedad COVID-19.

En tal caso, declaro que he sido debidamente informado/a de que existe riesgo de contraer la enfermedad durante mi asistencia a la Universidad o lugar de práctica, aun cuando se hayan tomado todas las medidas para minimizarlo.

Asimismo, declaro estar en conocimiento que si durante mi asistencia a la Universidad o lugar de práctica, se presentan síntomas asociados a COVID 19, mi obligación es informar de inmediato tanto a la persona encargada del lugar, al o la docente responsable de la actividad y mi jefatura de carrera, sobre la presencia de éstos y abstenerme de asistir al lugar mientras se realizan los exámenes correspondientes y el tratamiento, en caso de que corresponda.

Ante la positividad, tomo conocimiento que será necesario que se adopten los protocolos establecidos para el tratamiento y manejo de pacientes infectados con dicha enfermedad.

Dado el conocimiento actual, entiendo que en caso de contagio por SARS-Cov-2 no es posible predecir el curso de la enfermedad, pudiendo ser desde un paciente asintomático hasta un paciente que requiere hospitalización prolongada con apoyo de terapias invasivas y que eventualmente pudiera tener un desenlace fatal.

Eximo de toda responsabilidad, ya sea, civil, penal, infraccional u otra, a la Universidad de Concepción, sus representantes, académicos, no académicos, colaboradores, socios o su personal de todo tipo, ante cualquier contagio del Coronavirus COVID-19 y por el cual pudiera sufrir algún daño, perjuicio o molestia, renunciando desde ya a cualquier acción legal y/o contractual, penal, administrativa, civil o cualquier otra, que pudiera intentar en contra de dicha persona jurídica, entidades y/o personas.

Me comprometo a seguir las instrucciones que se me impartan relacionadas con medidas de higiene y seguridad para evitar el contagio de Coronavirus COVID-19, tanto en la Universidad como el lugar de la práctica.

Declaro que he recibido información clara, completa y suficiente acerca de este consentimiento informado, he comprendido el contenido de este documento y acepto la puesta en práctica de las medidas que se requieran y el contenido de este documento. Declaro estar en conocimiento de que, si deseo más información, puedo solicitarla.

Considerando las condiciones establecidas en el presente documento (marque **UNA** alternativa):

|  |  |
| --- | --- |
| **CONSIENTO** y **ACEPTO** asistir a la Universidad o el lugar de la práctica |  |
| **POSPONDRÉ** realizar la actividad en la Universidad o el lugar de la práctica |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO: |  |
| RUT: |  |
| NÚMERO MATRÍCULA: |  |
| CARRERA/PROGRAMA: |  |
| FIRMA: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Declaro haber recibido la información de: |  |

***Por favor, no modificar este documento. Una vez completado, convertir a PDF y enviar a la Jefatura de Carrera/Programa.***