

**DECLARACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRACTICAS PROFESIONALIZANTES EN EL GABINETE DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PARA CARRERAS DE SALUD**

Por la presente, quien suscribe \_\_\_\_\_, DNI N.º \_\_\_\_\_, estudiante del establecimiento educativo \_\_\_\_\_, sito en \_\_\_\_\_, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, asistiré a realizar las actividades correspondientes a las prácticas profesionalizantes de 3.º año de la carrera “Tecnatura Superior en .....” (Norme Legal) en el Gabinete de la Institución educativa.

**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/elestudiante: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL/LA ESTUDIANTE**

\_\_\_\_\_

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI/CI/LC/LE