

**DECLARACIÓN JURADA PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES PRESENCIALES DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALIZANTES EN EL CAMPO ASISTENCIAL DE LAS CARRERAS DE SALUD**

(En hoja membretada)

NOTA SOLICITUD MODELO

Dirección General de Educación de Gestión Privada

Sra. Directora General

Quien suscribe, ....., DNI.....en mi carácter de representante legal del Instituto Incorporado a la Enseñanza Oficial ..... (A-.....), con domicilio en....., Ciudad Autónoma de Buenos Aires, me dirijo a Usted a los fines de solicitar autorización para realizar las Prácticas Profesionalizantes presenciales de la/s Carrera/s ..... (Nombre y Resolución) para estudiantes que se encuentren cursando la última etapa de la educación superior en salud.

Las Prácticas Profesionalizantes de Salud presenciales en el campo asistencial deben encuadrarse en protocolos vigentes específicos:.....

A ese efecto, declaro conocer, aceptar y garantizar la aplicación de los mencionados Protocolos y de las condiciones previstas en el documento ofrecido por la Dirección General de Educación de Gestión Privada a tal efecto. Y asimismo, celebrar los Convenios inter-institucionales que correspondan entre la Institución de Salud y el Instituto Educativo, a fin de que los/as estudiantes se encuentren cubiertos legalmente por ambos.

Lugar:

Fecha de solicitud:

Fecha de inicio de las actividades con estudiantes:

Horario en el que concurrirán los/as estudiantes:

Firma del Representante Legal:      Firma del Rector/a:  
Aclaración:                                      Aclaración:

Firma del Director de la Institución Asistencial:  
Aclaración: