ANEXO II de la Res CS 61/20
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.……
……, DNI N°……..……, de……..años de edad, con domicilio en
……
……. de la Ciudad de……, del Departamento……. declaro que me han informado y explicado los posibles riesgos frente a la contingencia COVID-19 en el marco de cada actividad que desarrollaré en las dependencias de la UNSL. Entiendo que nos encontramos en el curso de una pandemia, una enfermedad producida por el virus SARS-CoV-2, que se contagia de una persona a otra. Incluso personas que aparentan estar completamente sanas pueden transmitir el virus. Esta enfermedad puede tener complicaciones e inclusive provocar la muerte. Entiendo que ninguna persona puede estar segura de no estar infectada. Además, se me ha explicado claramente que, aunque se tomen absolutamente todas las medidas recomendadas, no hay seguridad absoluta de que yo no me pueda enfermar. Para disminuir estos riesgos, el personal docente, Nodocente y autoridades que estén en contacto conmigo tomarán medidas de protección siempre. Confirmo que toda la información que he proporcionado a la UNSL es completa y verdadera. Declaro que no he tenido signos/síntomas compatibles con COVID-19 en los últimos 14 días. Me encuentro sin tos, dolor de garganta, congestión/secreción nasal, dificultad respiratoria, fiebre, escalofríos, dolores musculares, pérdida de olfato (anosmia) y/o pérdida del gusto (disgeusia). Así mismo, declaro que no he tenido contacto con personas sospechosas o confirmadas con COVID-19. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos actuales. Si llego a tener cualquiera de estas manifestaciones, o entrar en contacto con otra persona que las tuviere, me comprometo a avisar inmediatamente al personal responsable.

Firma……..……
Aclaración……..……..……