

## Declaración de Consentimiento

Yo, \_\_\_\_\_, en mi calidad de alumno (a) del programa de estudio de \_\_\_\_\_, declaro que me encuentro en completo y cabal conocimiento sobre las normas que se indican en el Manual para Alumnos en Prácticas del Área Salud. En consecuencia de lo anterior declaro asumir desde ya todas y cada una de las obligaciones descritas, asimismo me hago responsable en forma personal de eventuales daños o perjuicios que origine en el ejercicio y con ocasión de mis prácticas.

Declaro además conocer mis limitaciones en relación con lo expresado anteriormente y me someto a las instrucciones, normas, reglamentos u otras que me impongan tanto el Campo de Formación Profesional y Técnica (CFPT), como INACAP, que sean inherentes con mi práctica de estudio.

Mi firma verifica mi comprensión y conformidad a respetarlas. Así como también, he comprendido que esta hoja con mi firma será archivada en mi archivo personal de estudiante.

\_\_\_\_\_

FIRMA

RUT: \_\_\_\_\_