**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Asistencia Examen de Salud Integral**

Yo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estudiante de la Licenciatura en Psicología región Xalapa, con matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que **acepto acudir presencialmente** al Examen de Salud Integral (ESI) de la Universidad.

Asimismo, me comprometo a asistir portando cubrebocas y/o careta durante el tiempo que dure mi estancia en las instalaciones, usar gel antibacterial y mantener las medidas de sana distancia en cada uno de los espacios físicos del inmueble. Además, de que notificaré inmediatamente sobre cualquier síntoma que presente (fiebre, tos, escurrimiento nasal, diarrea, etc.) asociado a un posible contagio de COVID-19, para suspender mi asistencia.

Por último, se me ha informado debidamente que mi participación estará sujeta a las indicaciones oficiales de las autoridades de la universidad.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nota: Para los casos en que el solicitante se encuentre incapacitado para firmar el presente documento, por ser menor de edad o presentar alguna situación particular, es que se solicitará la firma de un tutor o responsable, solicitando los siguientes datos:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nombre completo: | |  | | | | | Dirección completa: | | |  | | | | Teléfono: |  | | | Parentesco: |  | |

Xalapa-Enríquez, Ver., a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma