**FORMATO DE RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL PARA LA REALIZACIÓN DE LAS SALIDAS O PRÁCTICAS ACADÉMICAS, DE INVESTIGACIÓN Y CREACIÓN Y DE EXTENSIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EVENTO** | | | |
| **DESTINO** | | | |
| **RUTA** | | | |
| **FECHA DE SALIDA** | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
| **FECHA DE LLEGADA** | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |

**PARA DILIGENCIAR POR LOS ESTUDIANTES MENORES DE EDAD**

NOMBRE PADRE O MADRE O RESPONSABLE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CÉDULA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DIRECCIÒN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIUDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PAIS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELÉFONO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CELULAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROGRAMA ACADÉMICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FACULTAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con mí firma dejo constancia que:

1. He recibido previo a la salida o práctica, la orientación e inducción suficientes para el desarrollo normal de la misma.

2. Me comprometo a asumir la responsabilidad individual de mis actuaciones, hechos y decisiones que puedan implicar riesgo en mi integridad física y/o mental.

3. Me encuentro en condiciones físicas y mentales aptas para participar en la salida o práctica.

4. Por prescripción médica, debo consumir medicamentos Si \_\_\_\_No\_\_\_\_\_

Cuales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anexo fórmula médica

Firma del estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona de contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parentesco o relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

T**ELÉFONO FIJO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **TELÉFONO CELULAR** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma docente responsable de la salida o práctica**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_