

ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSTANCIA

Se deja constancia que el alumno(a) _____

RUT: _____, de la carrera de _____

Fecha:

Se compromete bajo su responsabilidad a hacer uso del Seguro de Accidente Escolar en el servicio público de salud.

SI _____

NO _____

Unidad de Salud Estudiantil

Firma y Timbre

Firma del alumno

Concepción, _____