Tlatlauquitepec, Pue.

**DR. SERGIO LÓPEZ MORENO**

**DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO**

**SUPERIOR DE TLATLAUQUITEPEC**

**PRESENTE.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Quien suscribe | |  | | | | con numero de control: | | |  |
| estudiante de la carrera de | | |  | | | | del Instituto Tecnológico | | |
| Superior de Tlatlauquitepec, manifiesto que estoy enterado (a) de la contingencia sanitaria provocada por el virus SARS-CoV-2 (causante de la enfermedad COVID-19), estoy consciente que, durante el periodo de contingencia epidemiológica y distanciamiento social, existe el riesgo de infección al estar en contacto con personas por lo que es mi voluntad realizar la Residencia Profesional en la empresa, dependencia u organismo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| a efectuarse del |  | | | al |  | | | . | |

En virtud a lo anterior, reconozco y acepto que será bajo mi exclusiva responsabilidad cualquier situación que llegase a suscitarse durante el desarrollo del Servicio Social, por lo que:

* ***Expresadamente deslindo al INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TLATLAUQUITEPEC y a su personal de cualquier responsabilidad derivada de cualquier clase de daños, accidentes, enfermedades, etc. que se pudiera ocasionar como resultado de la negligencia de cualquier tipo que se generen durante el desarrollo de la Residencia Profesional.***

|  |  |
| --- | --- |
| Para tal efecto, manifiesto contar con el seguro facultativo vigente con el No. |  |
| reconociendo además que, durante mi participación en la Residencia Profesional, me obligo a cubrir cualquier daño total o parcial ocasionado a terceros, ya sea que se generen por impericia, dolo o mala fe. | |

De conformidad con lo aquí expuesto, manifiesto que no existe impedimento de ninguna naturaleza para la firma del presente documento.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Atentamente | |  | | Vo.Bo | |
|  |  | |  | |
| Nombre y firma  Residente Profesional | |  | | Padre o tutor | |