

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**ASIGNATURA: ODONTOLOGIA INTEGRAL PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE
– ROTACIONES HOSPITALARIAS**

PARA LA FACULTAD

Sr. Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud,

En mi carácter de alumno de la Facultad, me dirijo al Sr. Decano con el objeto de informar:

Que es mi voluntad realizar la actividad práctica presencial de rotaciones en Instituciones Hospitalarias.

Que ello tiene por fundamento que es requisito de regularidad para la asignatura Semiología, que me encuentro cursando el presente año.

Que conozco perfectamente las consecuencias, riesgos y posibles complicaciones asociados con el contagio de COVID-19.

Que no pertenezco a ningún grupo de riesgo y estoy en condiciones de realizar la práctica conforme el certificado médico que a la presente acompaño.

En consecuencia, es mi exclusiva voluntad realizar la práctica renunciando a formular reclamo alguno a la Universidad y/o al Ministerio de Salud en caso de sufrir algún daño a mi salud relacionado con el contagio de COVID-19 y/o cualquier otra patología en este contexto.

Sin otro particular, le saludo atentamente.

Apellido y Nombre:

DNI:

Clave UCC:

Fecha:

Firma:

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**ASIGNATURA: ODONTOLOGIA INTEGRAL PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE
– ROTACIONES HOSPITALARIAS**

PARA EL ALUMNO

Alumno

Frente a su solicitud de realización de las actividades prácticas presenciales y en mi carácter de Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud cumpla en informarle que:

- 1.- Es de público y notorio la situación epidemiológica por la que se transita.
- 2.- Consecuentemente la posibilidad de contagio es Alta, particularmente en centros de salud.
- 3.- Conforme los lineamientos del Art 9 del Decreto 576/2020 y la Res. 103 del Secretario de Políticas Universitarias, la realización de las prácticas están autorizadas.
- 4.- Pese a ello la Universidad recomienda postergar la realización de la Actividad Académica hasta tanto la situación sanitaria permita la realización de las mismas sin riesgo alguno.
- 5.- En consecuencia de lo expuesto, se autoriza la realización a aquellos alumnos que acrediten:
 - 5.1.- Autorización médica y acreditación que no pertenecen a grupos de riesgo conforme los criterios de la autoridad sanitaria.
 - 5.2.- Nota por la que reconoce los riesgos correspondientes y libera de responsabilidad a la institución.
 - 5.3.- Acreditación del Protocolo COE de la institución en donde se realiza la práctica.

Sin otro particular, le saludo atentamente.

Dr Enrique Majul
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud