# logo uchile

# UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Ciencias Agronómicas

Dirección Escuela de Pregrado

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

Quién suscribe (nombre y apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Año de ingreso\_\_\_\_\_\_ Carrera IAGRO \_\_\_ o IRNR \_\_\_

Condición de salud (alergias, enfermedad crónica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro:

1.- Estar en conocimiento y cumplir con las normas de tránsito asociada con el transporte pasajeros, especialmente en lo que se refiere al uso permanente del cinturón de seguridad en los viajes (Ley de Tránsito Nº 18.290 de 1984)

2.- Cumplir con el reglamento de Jurisdicción Disciplinaria para estudiantes de la Universidad de Chile.

[http://agro.dic.uchile.cl/Reglamento\_Jurisdici%C3%B3n\_Disciplinaria\_de\_los\_estudiantes.pdf](http://agro.dic.uchile.cl/Reglamento_Jurisdición_Disciplinaria_de_los_estudiantes.pdf)

3.- Comprometerme a respetar las medidas sanitarias de higiene y seguridad durante todo el desarrollo de la actividad.

Nota: Si usted ha presentado síntomas de COVID y/o por contacto estrecho, se solicita realizar PCR 72 horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA FECHA

En caso de emergencia contactar a:

Nombre contacto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono contacto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cobertura de Salud Alumno: Fonasa \_\_\_\_\_ Isapre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuento con seguro privado o adicional de salud Alumno: SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_