 DECLARACIÓN JURADA OBLIGATORIA

Yo,……………………………………………………………, DNI/Pasaporte ..………………………………..domiciliado en …………………………...……………………………….. de la ciudad de ………………………………..………..……. provincia ………………………………………., declaro que he sido debidamente informado de la totalidad de los riesgos de participar en el viaje a la ciudad de ….………………………………. Provincia de ………....…………………..…..… organizado por la Cátedra de ………………………….…..…….. de la Facultad de Cs. Agrarias y Forestales de la UNLP, previsto para desarrollarse entre el/los día/s …………………………………………... del año ………………., los cuales libre y conscientemente asumo, deslindando en consecuencia toda responsabilidad por cualquier daño que pudiera sufrir en mi persona y/o efectos personales y equipo que traslade al mismo.-

Declaro conocer perfectamente las características de las actividades a desarrollar como parte del viaje ……………..……………………………..……, los riesgos que las mismas conllevan, los medios de transporte a utilizar durante su desarrollo y los eventuales inconvenientes que pudieran surgir durante los traslados y estadía, cuya responsabilidad asumo enteramente, liberando de todo reclamo a los docentes responsables y a la Facultad de Cs. Agrarias y Forestales de la UNLP.-

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCION CORRECTA** | **SI** | **NO** |
| **Disminución de la fuerza y movilidad de algún miembro o cuello…………………………….** | **( )** | **( )** |
| **Malformaciones, amputaciones u otras afecciones del aparato locomotor**  **Totales o parciales……………………………………………………………………………………………………** | **( )** | **( )** |
| **Afecciones cardiovasculares, infartos, uso de marcapaso, Insuficiencia cardíaca, e hipertensión arterial…………………………………………………………………………………………………** | **( )** | **( )** |
| **Uremia, diabetes, alcoholismo y toxicomanías………………………………………………………….** | **( )** | **( )** |
| **Uso de psicofármacos u otros medicamentos en forma continuada………………………….** | **( )** | **( )** |
| **Visión monocular, estrabismo, discromatopsia u otra afección oftalmológica**  **Que disminuya la visión, uso de lentes de contacto y/o anteojos……………………………..** | **( )** | **( )** |
| **Sordera o hipoacusia de leve a grave y/o uso de audífono………………………………………..** | **( )** | **( )** |
| **Vértigo, alteraciones de equilibrio, mareos o desmayos……………………………………………** | **( )** | **( )** |
| **Afecciones neurológicas, temblores, miopatías, disritmia cerebral o epilepsia u otra enfermedad del sistema nervioso central o periférico………………………………………………** | **( )** | **( )** |
| **Afecciones psíquicas…………………………………………………………………………………………………** | **( )** | **( )** |
| **En caso de poseer otra enfermedad, completar el espacio: ……………………………………..**  **……….………………………………………………………………….……………………………………………………**  **Grupo Sanguíneo: …………………………………………………………………………………………………….**  **Declaro bajo juramento que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsificar**  **Dato alguno que debe contener y es fiel expresión de la verdad.** |  |  |
| Nombre y apellido de contacto 1: ……………………………………………………………………………..  Vínculo: …………………………………………………………………………………………………………………….  Mail: …………………………………………………………………………………………………………………………  Teléfono: ………………………………………………………………………………………………………………….    Nombre y apellido de contacto 2: …………………………………………………………………………….  Vínculo: ……………………………………………………………………………………………………………………  Mail: ………………………………………………………………………………………………………………………..  Teléfono: …………………………………………………………………………………………………………………. |  |  |

Fecha:……………………….. Firma:………………………… Aclaración:……………………………