**CARTA RESPONSIVA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tamazunchale, San Luis Potosí, a |  | de |  | de  |   |

Lic. Juan José Molina Olvera

Director General del ITST

Presente.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Quien suscribe  |  |  con número de control: |  |
| estudiante de la carrera de  |  |  del Instituto Tecnológico  |
| Superior de Tamazunchale, S.L.P. (ITST), 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: |  |
| implementando el proyecto denominado |  |
|   |
|  |
| a efectuarse del  |  | al |  | . |

En virtud a lo anterior, reconozco y acepto que será bajo mi total responsabilidad cualquier situación que llegase a suscitarse durante el desarrollo de la Residencia Profesional, por lo que:

* Expresadamente deslindo al ITST 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 del (la) Residente |  | Padre, madre o tutor/a |