**FICHA MÉDICA**

|  |
| --- |
| ¿Tiene alguna enfermedad preexistente?□ Si □ No  Detallar: ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  **2.** ¿Recibe actualmente algún tratamiento o medicación en forma regular? □ Si □ No  Detallar: ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  **3.** ¿Tiene alguna limitación o incapacidad física? □ Si □ No  Detallar: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

1. **DECLARACIÓN JURADA**

Declaro conocer que los gastos de alojamiento, alimentación, movilidad (si correspondiere), durante mi estadía en la Universidad Nacional del Comahue, serán de mi entera responsabilidad.

Asimismo me comprometo a contratar y asesorarme sobre la aplicación del seguro de salud, de accidentes, vida, repatriación sanitaria y funeraria que cubra mi estadía en el país de destino y los trayectos de ida y regreso a mi ciudad de origen.

Doy fe de la veracidad de los datos antes consignados y adjunto la documentación respaldatoria en cada caso.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma y aclaración del estudiante**

**Lugar y fecha**