**Solicitud del Investigador a cargo**

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doctor

Francisco Saborío Pozuelo

Director

Estimado señor:

Por medio de la presente le solicito el permiso para que se realice actividades presenciales en el Laboratorio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ según la siguiente modalidad:

🔾 Trabajo final de graduación (grado o posgrado)

🔾 Horas Asistente/Estudiante/Asistente graduado

🔾 Pasantes

🔾 Otros

1. Nombre del estudiante/pasante/otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Nº de carné: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. Nombre de la propuesta/proyecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. La carta de aprobación por parte de la Comisión TFG o Posgrado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha final: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. La presencialidad del estudiante será de \_\_\_ horas/semana y su presencia permite cumplir con el aforo máximo.
4. Labores que requieran presencialidad:

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

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

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

8. Declaro que el estudiante/pasante/otro seguirá durante su permanencia en las instalaciones del CIA, con todos los cuidados de distanciamiento y bioseguridad establecidos en el protocolo del Centro de Investigaciones Agronómicas.

9. Adjunto los documentos: **1)** Descargo de Responsabilidad y **2)** Perfil del estudiante/pasante/otros.

Atentamente,

Nombre y firma del Investigador a cargo

MGV

cc

**Descargo de Responsabilidad**

Este documento debe ser completado en forma personal por la persona solicitante, debidamente apercibido de que la información que suministra debe ser completada correctamente, sin omisión ni falsear dato alguno, bajo la fe de juramento, siendo fiel expresión de la verdad y de no cumplirse será pasible de las penas previstas en el Art Nº 316 del Código Penal de Costa Rica para el delito de falso testimonio y las responsabilidades civiles que pueden derivar de este acto.

1. **Información Personal**

El suscrito/a (nombre y apellidos), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador de la cédula de identidad número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bajo la fe de juramento, completo la siguiente declaración jurada:

1. Comprendo y declaro que las actividades presenciales las realizo de forma voluntaria, por interés propio y sin que medie ninguna presión por parte de la Universidad de Costa Rica.
2. Que conozco y acepto que los riesgos a los que me expongo, no son mayores a los que me expongo en las actividades de la vida cotidiana.
3. Que me comprometo a respetar y guardar todas las medidas sanitarias y de seguridad impuestas, tanto por la Universidad de Costa Rica como por el CIA y las emitidas por el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional de Emergencias.
4. Que en caso de incumplimiento de alguna de estas disposiciones, asumo las consecuencias personales y exonero a la Universidad de Costa Rica y a terceros de toda responsabilidad.
5. Que estoy consciente de que la COVID-19 es una enfermedad infecto-contagiosa de alcance mundial.
6. Que estoy consciente de que Costa Rica se encuentra ante una nueva ola de contagios y que no puede rastrear el origen de la transmisión del virus, en otras palabras, no existe un nexo epidemiológico que permita determinar cómo se contagió una persona y en consecuencia determinar el origen del contagio.
7. Que en caso de contraer la enfermedad del COVID-19 exonero a la Universidad de Costa Rica de toda responsabilidad.
8. Declaro que conozco y he llenado el documento " Perfil del Estudiante para la prevención del contagio de la COVID-19", el cual es una declaración de padecimientos y otros factores de riesgo rendida bajo fe de juramento que he firmado bajo la advertencia de que, en caso de proveer información falsa, incompleta, omisa o confusa, se exime a la Universidad de Costa Rica de toda responsabilidad ante cualquier evento adverso y en particular por el contagio de COVID-19. Asimismo, entiendo que en caso de que se considere que tengo factores de riesgo importantes, podría quedar limitado para la realización de actividades presenciales. Declaro que toda la información es verdadera.

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma, cédula y carné:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este documento tiene carácter de declaración jurada y la información está protegida por la Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus datos personales. Nº 8968.

**Perfil del Estudiante/Pasante**

Este documento debe ser completado en forma personal por la persona solicitante, debidamente apercibido de que la información que suministra debe ser completada correctamente, sin omisión ni falsear dato alguno, bajo la fe de juramento, siendo fiel expresión de la verdad y de no cumplirse será pasible de las penas previstas en el Art Nº 316 del Código Penal de Costa Rica para el delito de falso testimonio y las responsabilidades civiles que pueden derivar de este acto.

Marque SI o NO donde corresponda; donde figura una (x) significa: en caso afirmativo complete en observaciones si se le requiere. La presente debe ser conservada por un mínimo de 5 años.

1. **Información Personal**

El suscrito/a (nombre y apellidos), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador de la cédula de identidad número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bajo la fe de juramento, completo la siguiente declaración jurada:

1. **Declaración jurada sobre padecimiento de afecciones asociadas como riesgo al COVID 19**
2. **Criterio de aptitud clínica**
3. ¿Padece o padeció alguna enfermedad cardíaca? Ej.: Infarto, arritmias, afecciones valvulares, fiebre reumática, miocardiopatías, malformación congénita, otros.

Si ( ) NO ( )

1. ¿Padece hipertensión arterial?

Si ( ) NO ( )

1. ¿Toma alguna medicación asociada al tratamiento de la hipertensión arterial por cualquier otra razón?

Si ( ) NO ( )

1. ¿Padece de diabetes?

Si ( ) NO ( )

1. ¿Toma algún medicamento en forma continua o discontinua?

Si ( ) NO ( )

1. ¿Es alérgico a algún medicamento, picaduras o mordeduras?

Si ( ) NO ( ). Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria?

Si ( ) NO ( )

1. **Antecedentes de salud recientes**
2. Usted ha padecido COVID 19?

Si ( ) No ( )

1. Usted ha tenido contacto con alguna persona enferma de la COVID-19?

Si ( ) No ( )

1. Ha sido vacunado contra COVID 19

Si/ ( ) No ( ). En caso afirmado, indique la fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma, cédula y carné:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este documento tiene carácter de declaración jurada y la información está protegida por la Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus datos personales. Nº 8968.

**Nota:** Este documento será utilizado para valorar el nivel de riesgo de la persona ante la infección por COVID-19. A aquellas personas con un nivel alto de riesgo, no les será aprobada temporalmente la presencialidad.