

ACTA DE RESPONSABILIDAD

Familia sin Seguro Escolar 2020

YO _____ TUTOR/PERSONA RESPONSABLE DE LA FAMILIA (Apellidos): _____ IDENTIFICADO/A CON EL DOCUMENTO PERSONAL DE IDENTIFICACIÓN, DPI No. _____ POR ESTE MEDIO HAGO CONSTAR, ANTE LAS AUTORIDADES DEL LICEO TÉCNICO DE VILLA NUEVA, QUE MÍ HIJO/A NOMBRADO: _____ GRADO / CURSO _____ NIVEL: _____ NO CUENTAN CON UN SEGURO ESCOLAR CONTRA ACCIDENTES. CONOZCO Y COMPRENDO LA IMPORTANCIA DEL MISMO, SIN EMBARGO, ES UNA DECISIÓN QUE VOLUNTARIAMENTE ASUMO EXIMIENDO AL LICEO TÉCNICO DE VILLA NUEVA Y A SUS AUTORIDADES DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD POR LA ATENCIÓN MÉDICA QUE SEA REQUERIDA POR MI/S HIJO/S, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LAS ACTIVIDADES NORMALES Y EXTRA CURRICULARES PROMOVIDAS POR ESTA INSTITUCIÓN.

POR LO ANTERIOR, ANTE UN ACCIDENTE O UNA EMERGENCIA EL LICEO TÉCNICO DE VILLA NUEVA DEBE PROCEDER UBICANDO A LA PERSONA QUE TOMARÁ DECISIONES Y SERÁ EL PRIMER CONTACTO CON DICHA INSTITUCIÓN: _____

Nombres, Apellidos y No. Celular(es)

INDICANDO QUE EL SERVICIO PARA TRASLADAR A MÍ HIJO/A ES: _____

Nombre y teléfono

Y EL HOSPITAL DE REFERENCIA ES: _____

Nombre, dirección y teléfono

Y PARA LOS USOS LEGALES QUE CORRESPONDAN, SE EXTIENDE LA PRESENTE EN EL MUNICIPIO DE VILLA NUEVA, DEPARTAMENTO DE GUATEMALA, A LOS _____ DÍAS DEL MES _____ DEL AÑO DOS MIL _____.

Tutor responsable del estudiante

Firma y nombre