D./Dña**.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estudiante de \_\_\_\_\_ curso del Grado de Medicina en la Universidad de Cádiz, mayor de edad\*, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mediante la firma del presente documento el/la alumno/a declara haber recibido toda la INFORMACIÓN DE ACOGIDA EN MATERIA DE COVID-19 y se compromete al cumplimiento de aquellas medidas de seguridad e higiene que se contemplan.**

**Deben haber realizado el cuestionario de Salud de aptitud para inicio de prácticas en centro sanitario.**

**Asimismo, con la firma del presente documento queda informado/a que la cita para la realización del TEST COVID-19 se comunicará en la web (Docencia > Prácticas clínicas) y Tavira al alumnado y RRSS**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **LUGAR, FECHA Y FIRMA** |
| En , a de de  El/LA ALUMNO \*  Fdo: | |

\*Si es menor de edad, este documento deberá ser firmado por sus tutores legales cuyos datos identificativos deben figurar también en este documento al pie de firma