

**ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CONSTANCIA**

Se deja constancia que el alumno(a)

\_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_, de  
la carrera de \_\_\_\_\_, Fecha

se compromete bajo su responsabilidad a hacer uso del Seguro de Accidente Escolar  
en el servicio público de salud.

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

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

Depto. Salud Estudiantil

Firma y Timbre

Firma del alumno

Concepción, \_\_\_\_\_