**ACUERDO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudiante de la carrera de Química y Farmacia de la UNAH, con número de cuenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_ y con número de identidad - - ; por este medio ***declaro y reconozco plenamente*** los riesgos y peligros inherentes a las actividades a desarrollarse en la Práctica Profesional Supervisada (PPS), tales como:

1. En momentos de inseguridad debido a la situación del COVID-19, el riesgo de contraer la enfermedad
2. El riesgo de accidentes o incidentes incluidos los que puedan derivarse de las actividades asignadas
3. El riesgo de la movilización al o desde el sitio sede donde se realiza la PPS

## Entiendo que la descripción de estos riesgos no es completa y que podrían suscitarse riesgos imprevistos o desconocidos, los mismos que podrían causar daños físicos o de salud a mi persona. Y en nombre propio asumo total responsabilidad por enfermedades, riesgos, daños y perjuicios personales que puedan derivarse de las actividades de PPS.

## HE LEÍDO ESTE ACUERDO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD A LA FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA Y A LA UNAH, Y ASUNCIÓN EXPRESA DE RIESGO, ENTIENDO LOS TÉRMINOS EN SU TOTALIDAD Y ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO A DERECHOS LEGALES AL FIRMARLO. MANIFIESTO QUE LO FIRMO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE.

## A los \_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2020.

NOMBRE y APELLIDO:

FIRMA:

Copia Id y carné de estudiante