**CARTA RESPONSIVA**

**Chalco, Estado de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024**

**(GRADO ACADEMICO Y NOMBRE)**

**DIRECTOR GENERAL**

**DEL TECNOLÓGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE CHALCO**

**P R E S E N T E**

Quien suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con número de control: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estudiante de la carrera de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Tecnológico de Estudios Superiores de Chalco (TESCHA), manifiesto que estoy enterado (a) de la contingencia sanitaria provocada por el virus SARS-CoV-2 (causante de la enfermedad COVID-19), estoy consciente que durante el periodo de contingencia epidemiológica y distanciamiento social, existe el riesgo de infección al estar en contacto con personas por lo que es mi voluntad realizar la Residencias Profesional en la empresa, dependencia u organismo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ implementando el proyecto denominado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a efectuarse del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

En virtud a lo anterior, reconozco y acepto que será bajo mi exclusiva responsabilidad cualquier situación que llegase a suscitarse durante el desarrollo de la Residencia Profesional, por lo que:

* Expresadamente deslindo al TESCHA y a su personal de cualquier responsabilidad derivada de cualquier clase de daños, accidentes, enfermedades, etc. que se pudiera ocasionar como resultado de la negligencia de cualquier tipo que se generen durante el desarrollo de la Residencia Profesional.

Para tal efecto, manifiesto contar con el seguro facultativo vigente con No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ reconociendo además que durante mi participación en la Residencia Profesional, me obligo a cubrir cual cualquier daño total o parcial ocasionado a terceros, ya sea se generen por impericia, dolo o mala fe.

De conformidad con lo aquí expuesto, manifiesto que no existe impedimento de ninguna naturaleza para la firma del presente documento.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Atentamente | |  | | Vo.Bo | |
|  |  | |  | |
| Nombre y firma del Residente | |  | | Padre o tutor | |