

FACULTAD DE CIENCIAS
EXACTAS Y NATURALES

Universidad Nacional de La Pampa

Santa Rosa, 31 de mayo de 2019

Integrantes de la comunidad universitaria de la
Facultad de Ciencias Exactas y Naturales
Universidad Nacional de La Pampa

El equipo de gestión informa de las decisiones que ha tomado, en relación a las actividades de prácticas de campo y/o viajes de aplicación práctica, en relación al cuidado de la integridad y la salud de las/os participantes y de las responsabilidades consecuentes.

Las/os docentes deberán informar por nota a la Facultad, el desarrollo de este tipo de actividades, indicando:

- 1) Tipo de actividad
- 2) Cátedra/s y docente/s a cargo, teléfono de contacto
- 3) Fecha, destino, paradas intermedias y actividades a desarrollar en cada una
- 4) Detalle de las actividades a desarrollar día por día
- 5) Nómima completa de estudiantes y docentes con indicación de DNI y fecha de nacimiento
- 6) Día y hora solicitada de salida y regreso
- 7) Recorrido total en kilómetros, detalle y tipo de caminos
- 8) Cantidad de elementos de seguridad y protección necesarios
- 9) Ficha Personal con los datos solicitados y firmada por los estudiantes (dos ejemplares)

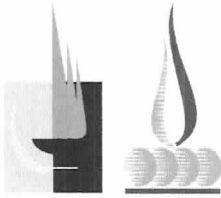
La información solicitada deberá ser presentada en la Secretaría Administrativa, con una anticipación de 15 días mínimos, a los efectos de prever la contratación del seguro y la provisión de los elementos de seguridad.

En caso de que la póliza no pueda ser contratada, o los elementos de seguridad por alguna razón no estén disponibles, la actividad deberá ser reprogramada.

Enviamos adjunto la planilla "Ficha Personal del Estudiante" que deberá ser completada por los/as estudiantes, por duplicado, una de ellas quedará en el expediente de la actividad y otra la llevará el/la docente responsable.



Mg. María Eva ASSCHERI
DECANA
Fac. Cs. Exactas y Naturales
Universidad Nacional de La Pampa



FACULTAD DE CIENCIAS
EXACTAS Y NATURALES

Universidad Nacional de La Pampa

FICHA PERSONAL DEL ESTUDIANTE

Actividad:

Fecha:

DATOS PERSONALES

Apellido:	Nombre:	DNI:
Fecha Nacimiento:	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:	Teléfono:	
Localidad:	Provincia:	
Obra Social:	Nº Afiliado:	
Familiar de contacto	Vínculo:	Teléfono:
Domicilio del contacto:		

Está en tratamiento con medicación:	Detalle:
Qué tipo de enfermedad lo afecta:	Detalle:

Padece o padeció algunas de estas patologías? Por favor marque y consigne datos de utilidad:

<i>Patologías / Antecedentes</i>	<i>¿Sí?</i>	<i>¿No?</i>	<i>¿Tiene alguna restricción?</i>
1. Hipertensión Arterial			
2. Diabetes			
3. Afecciones alérgicas			
4. Afecciones respiratorias			
5. Afecciones cardiovasculares			
6. Afecciones articulares			
7. Fobias, miedo, pánico			
8. Limitaciones para actividad física			
9. Otras			

Declaro que los datos consignados son verdaderos y que eximo de todo tipo de responsabilidad a la Universidad Nacional de La Pampa, sus docentes, funcionarios y autoridades por cualquier evento, hecho o acto realizado fuera de las actividades académicas previstas, y/o conductas personales inadecuadas en la presente actividad.

FIRMA DEL ESTUDIANTE:

ACLARACIÓN:

DOCUMENTO: