

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO AUTÓNOMO

En _____, a ____ de _____ de 20____, siendo las _____ horas, don (ña) _____, RUT N° _____, alumna(o) regular de _____, dependiente de la Facultad de _____, declara expresamente que:

- 1.- Sufrió un accidente calificable de escolar de conformidad con las disposiciones de la Ley 16.744 y el DS 313/72, el cual se describe en la declaración individual de accidente escolar (DIAE).
- 2.- Que para los efectos de hacer efectivo el seguro escolar, solicita expresamente su traslado al centro asistencial dependiente de la red pública correspondiente, sin esperar la llegada de la ambulancia.
- 3.- Que en su opinión, declara expresamente que las lesiones sufridas le permiten dicho traslado, sin ulterior responsabilidad de la Universidad de Valparaíso al efecto.

FIRMA