**FORMATO DE RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL ESTUDIANTES EN MOVILIDAD ENTRANTE**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con pasaporte o cédula número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de estudiante visitante a la Universidad Nacional de Colombia, vinculado a la Sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Facultad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Programa de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar haciendo el trámite necesario para hacer movilidad académica durante el semestre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Por lo tanto, conozco las normas vigentes para la movilidad académica en la Universidad Nacional de Colombia y estoy dispuesto a cumplirlas durante mi estancia en la Universidad. De igual manera declaro que soy conocedor de la pandemia por COVID -19 declarada por la Organización Mundial de la Salud OMS el día 11 de marzo de 2020 y las medidas instauradas por el Gobierno Nacional en la emergencia de saludo pública.

Declaro que conozco y comprendo las consecuencias por el riesgo de transmisión infecciosa del virus y soy consciente de que, a pesar de que en la Universidad Nacional de Colombia se tomen todas las medidas de acuerdo con los protocolos, hay riesgo en la movilidad que realizaré y en el ingreso al campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Universidad Nacional de Colombia. En este sentido, soy consciente del riesgo de contagio en cualquier momento tanto en el desplazamiento de mi hogar a la institución o cualquier otro sitio.

Manifiesto que la Universidad Nacional de Colombia me ha dado a conocer los protocolos de bioseguridad de obligatorio cumplimiento a través de la página web, así mismo, declaro que no he tenido síntomas ni he sido confirmado con infección por COVID-19, tampoco he estado en contacto con personas con síntomas o confirmadas con la enfermedad.

En consecuencia, exonero de cualquier responsabilidad civil, penal y administrativa a la Universidad Nacional de Colombia, en caso de resultar con diagnóstico positivo para COVID-19, evento para el cual tomaré todas las medidas necesarias para garantizar mi cuidad, protección y recuperación. Así mismo, informaré a la DRE y a la ORI de la Sede en que me encuentro haciendo la movilidad con el fin de que se adopten las medidas que consideren necesarias.

Declaro además que cuento con un seguro médico internacional con cobertura por el tiempo total de la movilidad, con cobertura del seguro ampliada con atención médica en caso de contraer el virus SARS COV-2.

Nombre:

Firma:

Institución de Origen