

**CARTA RESPONSIVA PARA INGRESO A LAS INSTALACIONES DE NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN  
DONDE SE REALIZARÍA LA PRÁCTICA O ACTIVIDAD ACADÉMICA EXTERNA DURANTE EL  
PERIODO DE CONTINGENCIA SANITARIA POR COVID-19**

\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ de 202 año \_\_\_\_\_.

**Nombre de la Institución donde se realizaría la práctica o actividad académica externa  
PRESENTE**

En el marco de la práctica o actividad académica externa (SS, práctica profesional, estadía, etc.) que efectuarán las y los estudiantes de la materia Nombre de la materia durante el periodo Periodo y año (primavera, verano, otoño), informo que los compromisos relacionados con dichas actividades a realizar requieren mi asistencia a sus instalaciones, concretamente en el periodo comprendido del día inicio de mes de 202 año al día final de mes de 202 año, durante los días día(s) de la semana en un horario de las hora a las hora horas .

Cabe destacar que, durante este periodo de contingencia, asumiré las medidas sanitarias para evitar la propagación del COVID- 19 al interior la “INSTITUCIÓN”, tales como usar cubrebocas, lavar manos, aplicar gel antibacterial de manera continua, conservar la sana distancia en las instalaciones y tomar las precauciones necesarias durante los traslados correspondientes. De igual forma, respetaré los protocolos de ingreso, permanencia y egreso a las instalaciones, establecidos por la “INSTITUCIÓN”, así como las leyes, reglamentos, normas oficiales, disposiciones administrativas y demás normas relativas. Lo anterior, en virtud de garantizar mi propia seguridad y la del personal que labora en la “INSTITUCIÓN”. Yo Nombre de la o el docente, docente de la licenciatura en Nombre de la licenciatura, con número de empleado Número de profesor/nómina del/de la docente, manifiesto que estoy consciente que durante el ingreso y estancia en las instalaciones de la “INSTITUCIÓN”, pongo en riesgo mi salud debido al posible contagio de COVID-19. Por tal, hago constar que asumo de manera personal ese riesgo y deslindo completamente a la Universidad Iberoamericana, A.C. y a la “INSTITUCIÓN”, así como a cualquiera de sus funcionarios de cualquier posibilidad de contagio hacia mi persona. Asimismo, expreso que permaneceré en dichas instalaciones bajo mi propio riesgo y completa responsabilidad.

FIRMA: De la o el docente

NOMBRE COMPLETO: De la o el docente

**TESTIGOS**

Se sugiere los testigos sean personas de la Ibero, podrían ser la persona responsable de la práctica o actividad académica externa, y el coordinador (a) /director (a) de la licenciatura

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma