



CONSTANCIA Y TOMA DE CONOCIMIENTO LEY SEGURO ESCOLAR PARA PRÁCTICAS PROFESIONALES EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA COVID 19

Yo _____, Nombre del Estudiante _____, Rut _____ - _____, estudiante de la carrera _____ Nombre de la carrera _____ del año académico 2020, dejo constancia que he aceptado de forma libre y voluntaria realizar mi práctica profesional y/o trabajo de titulación de manera presencial en _____ Nombre de la empresa y/o institución _____ desde el día / mes / año hasta el día / mes / año, asumiendo en este mismo acto el compromiso de adoptar las medidas de resguardo y autocuidado que señala la Autoridad Sanitaria y que dice relación con la emergencia sanitaria **COVID-19** que afecta a nuestro país y región.

A través de este documento, tomo conocimiento además de los siguientes aspectos importantes establecidos por la Ley N° 16.744 Sobre el Seguro Escolar:

- Que según lo establecido en el artículo 3° de dicha Ley, los estudiantes serán cubiertos por el seguro escolar, por accidentes que sufran por causa u ocasión de sus estudios o por la realización de práctica profesional.
- Que mediante el Oficio N°1629 de la Superintendencia de Seguridad Social, establece respecto del caso particular de los estudiantes del área de la salud que el mayor riesgo de contagio para quien realiza su práctica o actividades académicas en los centros de salud se encuentra precisamente en dichos recintos, esto a causa de las labores que se desempeñan en ella y que son inherentes al quehacer profesional de dicha área, además de las condiciones actuales de la pandemia y que sólo para estos casos, el Seguro escolar cubrirá el contagio de Covid-19 siempre que el Servicio de Salud donde el estudiante realice su práctica, califique dicho contagio como un accidente escolar, otorgando la cobertura en los términos establecidos en el D. S. N°313.

Dicho lo anterior, tomo conocimiento que el seguro escolar no cubrirá el contagio por Covid-19 de áreas distintas al área de la salud y/o cuando el desarrollo de la práctica o actividades académicas sea realizada en recintos distintos al Servicio de Salud.

Nombre y Firma del Estudiante

Copiapó, Día / Mes / Año _____