



**CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA  
MEDICINA LABORAL  
AUTORIZACION POR RIESGOS POR SERVICIOS O PASANTIA**

Folio: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente hago constar:

Que soy consciente y he recibido información sobre Seguridad y Salud que incluye los Riesgos y Medidas Preventivas Básicas del Trabajo en Hospitales y las obligaciones de personal de servicio social contenidas en el manual de personal en formación en Centro de Excelencia Medica en altura.  
Entendiendo y aceptando los riesgos que por mi actividad se presentan.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

\_\_\_\_\_  
Universidad de Procedencia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Jefe de servicio

\_\_\_\_\_  
Jefe de enseñanza

\_\_\_\_\_  
Recursos humanos