



ESCUELA MILITAR

Toledo, 15 de enero de 2021

ANEXO N° 9

CONSENTIMIENTO PARA EL POSTULANTE/FAMILIAR A CARGO (EN CASO DE SER MENOR DE EDAD)

Es nuestra obligación como Instituto informar a usted cómo se procederá en caso de notificación de contacto o síntomas compatibles con COVID 19 durante el transcurso de los exámenes de ingreso a la Escuela Militar.

En los controles iniciales al ingreso al Instituto, si tiene una temperatura superior a 37,3° o síntomas compatibles con el COVID-19, no se le permitirá el ingreso y por lo tanto resultará eliminado.

El postulante no debe bajo ningún concepto concurrir a la Escuela Militar en caso de ser positivo para COVID19, tener síntomas alusivos a la enfermedad o haber sido notificado de que fue contacto de un caso positivo. De hacerlo quedará automáticamente eliminado y se informará a las autoridades del M.S.P. a sus efectos.

Si durante el transcurso de los exámenes es notificado como contacto de un caso positivo o presenta síntomas de infección respiratoria, así como de tener conocimiento de esto y no informar de inmediato al Oficial a cargo el postulante quedará automáticamente eliminado de los exámenes de ingreso.

Ante aparición de síntomas o comunicaciones de que fue contacto, se procederá inmediatamente al aislamiento del postulante en lugares dentro del Instituto destinados para tal fin, hasta resolución del postulante y/o el familiar a cargo de si continuará en la Escuela Militar hasta el alta médica o se retirará a su domicilio para lo cual se deberá de proveer un transporte particular, no pudiendo trasladarse en transporte público (ómnibus, taxis, uber); en caso de que decida permanecer en el Instituto el alta le será otorgada por médicos que allí desempeñan su tarea. La continuación o no de las instancias de exámenes quedará supeditada a la indicación médica, lo que podrá suponer la eliminación.

Nombre del postulante:

Nombre del familiar a cargo (solo si es menor de 18 años):

Número de Teléfono del postulante:

Número de teléfono del familiar a cargo (solo si es menor de 18 años):

Prestador de salud:

He leído y acepto las condiciones arriba expuestas.

Firma:

(Si es menor de 18 años firmará el familiar a cargo, si tiene 18 o más años firma del postulante)

Aclaración: