

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., con  
CI N°....., de.....años de edad, con domicilio en las calles  
.....  
de la Ciudad de....., del departamento.....  
..... declaro que me han informado y explicado suficientemente los  
beneficios y posibles riesgos de la actividad del examen de competencias básicas de las Becas  
ITAIPU-BECAL, Convocatoria 2020.

Además, se me ha explicado claramente que, aunque se tomen absolutamente todas las medidas  
recomendadas, no hay seguridad absoluta de que no exista el virus. Para disminuir estos riesgos,  
los profesionales y todos los funcionarios que estén en contacto conmigo tomarán medidas de  
protección estrictas. Confirmando que toda la información que he proporcionado a la Unidad de  
Becas de ITAIPU y al Programa Nacional de Becas “Don Carlos Antonio Lopez” y sus  
colaboradores es completa y verdadera.

Asisto voluntariamente a este recinto donde se tomarán las pruebas de competencias básicas, y  
declaro que no he tenido signos/síntomas compatibles con COVID-19 en los últimos 14 días. Me  
encuentro sin tos, dolor de garganta, congestión/secreción nasal, dificultad respiratoria, fiebre,  
escalofríos, dolores musculares, pérdida de olfato (anosmia) y/o pérdida del gusto (disgeusia).  
Así mismo, declaro que no he tenido contacto con personas sospechosas o confirmadas con  
COVID19.

Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos actuales. Si  
llego a tener cualquiera de estas manifestaciones, o entrar en contacto con otra persona que las  
tuviere, me comprometo a avisar inmediatamente al personal de la Unidad de Becas de ITAIPU  
o al Programa Nacional de Becas “Don Carlos Antonio Lopez”.

**Firma:** .....

**Aclaración:** .....