



ESCUELA NORMAL SUPERIOR DE IBAGUE

PROGRAMA DE FORMACION COMPLEMENTARIA AUTORIZADO POR EL MEN. RES. No. 001475 DE 07-02-2019
RECONOCIMIENTO DE PLANES DE ESTUDIOS, SEGÚN RESOLUCIÓN 00003073 de 2 de Diciembre de 2016
SECRETARIA DE EDUCACION DE IBAGUE

CONSENTIMIENTO INFORMADO ASPIRANTE PROGRAMA DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA MAYOR DE EDAD

Yo, _____, mayor de edad, con C.C. _____, de _____ en pleno uso de mis facultades, declaro lo siguiente:

PRIMERA: DECLARACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD O DIAGNÓSTICO DE SALUD

1. Indique si posee alguna discapacidad:

- Sí, tengo alguna discapacidad (especificar tipo de discapacidad: motora, sensorial, cognitiva, etc. _____ ANEXAR DIAGNÓSTICO)
- No, no tengo ninguna discapacidad.

2. Indique si tiene algún diagnóstico de salud relevante:

- Sí, tengo un diagnóstico médico que requiere atención o seguimiento (especificar diagnóstico y tratamiento recomendado, si lo desea) _____ ANEXAR DIAGNÓSTICO
- No, no tengo ningún diagnóstico médico relevante.

SEGUNDA: CONSENTIMIENTO SOBRE EL USO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA Declaro que la información proporcionada en este documento es veraz y que he sido informado sobre el tratamiento y la protección de mis datos personales y de salud, los cuales serán utilizados exclusivamente para fines educativos. Autorizo al departamento de apoyo de la Escuela Normal Superior de Ibagué a verificar la información médica que he proporcionado si fuera necesario.

DE SER ADMITIDO/A AL PROGRAMA DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

TERCERA: COMPROMISO DE ACTUALIZACIÓN Me comprometo a informar de manera inmediata a la Coordinadora del Programa de Formación Complementaria sobre cualquier cambio significativo en mi estado de salud que pueda afectar mi desempeño o bienestar, tanto físico como mental, durante mi carrera como Normalista Superior

CUARTA: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Entiendo que este documento tiene la finalidad de proporcionar información relevante para mi admisión en la Institución Educativa Normal Superior de Ibagué. Acepto que, si en algún momento se descubre que he proporcionado información falsa o incompleta, puedo estar sujeto a las consecuencias legales o disciplinarias correspondientes.

QUINTA: Reconozco que la flexibilización curricular podrá ser considerada únicamente en los casos en los que se presente un diagnóstico médico formal que indique la necesidad de ajustes o adaptaciones en el proceso educativo debido a una condición de salud.

SEXTA: En caso de no contar con un diagnóstico médico formal que respalde la necesidad de flexibilización curricular, acepto y entiendo que no se me aplicarán modificaciones en las condiciones o requisitos del plan de estudios, ya que no se considera pertinente realizar ajustes sin un diagnóstico que lo justifique.

SÉPTIMA: Me comprometo a proporcionar la documentación médica correspondiente en caso de que solicite cualquier tipo de ajuste curricular. En caso de no presentar dicha documentación, reconozco que no se procederá con la flexibilización curricular solicitada.

OCTAVA: Entiendo que este procedimiento está diseñado para garantizar la equidad y la igualdad de oportunidades dentro del marco académico, y que cualquier flexibilización estará sujeta a la veracidad y formalidad del diagnóstico de salud presentado.

Firmado en Ibagué, el día _____ mes _____ año _____

Firma del solicitante: _____

Nombre completo: _____

Número de documento de identidad: _____

“LLEVA LA NORMAL EN TU CORAZON”



ESCUELA NORMAL SUPERIOR DE IBAGUE

PROGRAMA DE FORMACION COMPLEMENTARIA AUTORIZADO POR EL MEN. RES. No. 001475 DE 07-02-2019
RECONOCIMIENTO DE PLANES DE ESTUDIOS, SEGÚN RESOLUCIÓN 00003073 de 2 de Diciembre de 2016
SECRETARIA DE EDUCACION DE IBAGUE

CONSENTIMIENTO INFORMADO ASPIRANTE PROGRAMA DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA MENOR DE EDAD

Yo, _____, con C.C. _____,
de _____ cómo acudiente de _____ con T.I.
_____ en pleno uso de mis facultades, declaro lo siguiente:

PRIMERA: DECLARACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD O DIAGNÓSTICO DE SALUD

1. Indique si tiene el acudido alguna discapacidad:

- Sí, tiene alguna discapacidad (especificar tipo de discapacidad: motora, sensorial, cognitiva, etc.)
_____ ANEXAR DIAGNÓSTICO
- No, no tiene ninguna discapacidad.

2. Indique si tiene algún diagnóstico de salud relevante:

- Sí, posee un diagnóstico médico que requiere atención o seguimiento (especificar diagnóstico y tratamiento recomendado, si lo desea) _____
ANEXAR DIAGNÓSTICO
- No, no tiene ningún diagnóstico médico relevante.

SEGUNDA: CONSENTIMIENTO SOBRE EL USO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA Declaro que la información proporcionada en este documento es veraz y que he sido informado sobre el tratamiento y la protección de mis datos personales y de salud, los cuales serán utilizados exclusivamente para fines educativos. Autorizo al departamento de apoyo de la Escuela Normal Superior de Ibagué a verificar la información médica que he proporcionado si fuera necesario.

DE SER ADMITIDO/A AL PROGRAMA DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

TERCERA: COMPROMISO DE ACTUALIZACIÓN Me comprometo a informar de manera inmediata a la Coordinadora del Programa de Formación Complementaria sobre cualquier cambio significativo en mi estado de salud que pueda afectar mi desempeño o bienestar, tanto físico como mental, durante mi carrera como Normalista Superior

CUARTA: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Entiendo que este documento tiene la finalidad de proporcionar información relevante para mi admisión en la Institución Educativa Normal Superior de Ibagué. Acepto que, si en algún momento se descubre que he proporcionado información falsa o incompleta, puedo estar sujeto a las consecuencias legales o disciplinarias correspondientes.

QUINTA: Reconozco que la flexibilización curricular podrá ser considerada únicamente en los casos en los que se presente un diagnóstico médico formal que indique la necesidad de ajustes o adaptaciones en el proceso educativo debido a una condición de salud.

SEXTA: En caso de no contar con un diagnóstico médico formal que respalde la necesidad de flexibilización curricular, acepto y entiendo que no se me aplicarán modificaciones en las condiciones o requisitos del plan de estudios, ya que no se considera pertinente realizar ajustes sin un diagnóstico que lo justifique.

SÉPTIMA: Me comprometo a proporcionar la documentación médica correspondiente en caso de que solicite cualquier tipo de ajuste curricular. En caso de no presentar dicha documentación, reconozco que no se procederá con la flexibilización curricular solicitada.

OCTAVA: Entiendo que este procedimiento está diseñado para garantizar la equidad y la igualdad de oportunidades dentro del marco académico, y que cualquier flexibilización estará sujeta a la veracidad y formalidad del diagnóstico de salud presentado.

Firmado en Ibagué, el día _____ mes _____ año _____

Firma del solicitante: _____

Nombre completo: _____

Número de documento de identidad: _____

“LLEVA LA NORMAL EN TU CORAZON”