



**DECLARACIÓN JURADA**

**VISITA A LA RED DE CENTROS Y ESTACIONES REGIONALES PARA ESTUDIANTES DE DOCTORADO**

**CONVOCATORIA 2024**

Yo, ....., titular del Documento Nacional de Identidad N°....., en mi carácter de participante de la visita a la Estación Atacama UC y Estación Loa de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a realizarse entre los días 9 y 12 de septiembre de 2024, declaro conocer y aceptar los siguientes aspectos generales que involucran la actividad:

- Haber leído y conocer las bases del concurso, bajo las cuales me adjudiqué la beca para la visita.
- Haber leído y conocer el documento referencial "[Introducción Alto Patache, un oasis en el desierto](#)", que detalla las características de la zona a visitar y me permite tomar en consideración aspectos preventivos en materia de salud y preparación.
- Atenerme por completo al programa de actividades, y contar con los artículos indicados en el protocolo de visita (incluyendo medicamentos y/o insumos para el cuidado personal si aplica).
- En caso de que por fuerza mayor no pueda realizar el viaje, me comprometo a informar lo más pronto posible y devolver los fondos asignados, dentro de un plazo máximo de 15 días corridos.
- Me comprometo a entregar un informe acerca de mi experiencia y resultados obtenidos en la visita, con fecha máxima de entrega 15 días corridos después de finalizada la actividad.

Adicionalmente, realizo las siguientes declaraciones en materia de salud y responsabilidad personal asociada:

- Tener un estado de salud óptimo y compatible con la visita a la Estación Atacama UC y Estación Loa, las cuales, por las características de la zona y el clima desértico, involucrará movilización a la intemperie, variabilidad en la temperatura según el horario y exposición constante a una zona que se ubica a 1.000 metros de altura por sobre el nivel del mar.
- Por el presente medio, detallo cualquier situación de salud y/o necesidades especiales (como de tipo alimentaria, alergias, entre otros) que el equipo logístico debiese tomar en consideración:

.....  
.....  
.....

.....  
.....

- Hacerme responsable de contar con todos los insumos de cuidado personal y/o tratamientos médicos (si aplica) durante todo el periodo considerado para la visita;

Nombre completo:

Domicilio particular:

Teléfono celular:

Correo Electrónico:

Rut:

Nombre persona de contacto y teléfono para emergencias:

.....

Firma