|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con la Cedula de Ciudadanía Nro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente autorizo al equipo Investigador de incidentes y accidentes de trabajo de la Universidad Francisco de Paula Santander, para tomar evidencias fotográficas en soporte a la investigación.  De igual forma, autorizo al equipo investigador para tener copia de mi historia clínica en el caso que se requiera como soporte al proceso.  Si el accidente está relacionado a Riesgo Biológico autorizo a realizar los exámenes paraclínicos requeridos para el seguimiento y control.  Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de este procedimiento de investigación.  Firma: | | |
|  |  |  |
| CC: |  |  |