|  |
| --- |
| Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con la Cedula de Ciudadanía Nro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente autorizo al profesional Especializado del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo (SGSST) de la UFPS para que ingrese a mi vivienda a realizar visita domiciliaria, con el fin de conocer mi afectación en salud, seguridad u otros factores que requiera para que garantice la atención oportuna y de seguimiento por parte del SGSST o de las partes involucradas.  Además, he leído la hoja de información que se me ha entregado y comprendo que mi participación es voluntaria.  ***Si****, deseo participar en el estudio* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***No****, deseo participar en el estudio* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **FIRMA** | |
| CEDULA |  |