FECHA:

NOMBRE:

D.I.:

PROFESION:

CERTIFICO QUE:

* Recibí inducción para entrar al laboratorio de       de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca.
* Que me fueron explicados las Secciones y Servicios que presta el laboratorio.
* Que conozco y acato los conceptos básicos de bioseguridad que en él se aplican.
* Que me acojo al reglamento interno del laboratorio.
* Que daré y recibiré un trato respetuoso del personal que en el labora.

Para constancia se firma en Popayán, a los       (     ) días del mes de       del año

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA.

CC: