

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente **AUTORIZO** plenamente a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, a realizar el traslado y la entrega de mi título profesional de Odontólogo/a por a través de la razón social **JHR Logística y Distribución SRL, CUIT 30-71185370-3**, con domicilio en Aconcagua 2880 de la ciudad de Corrientes, suscribiendo la presente en prueba de conformidad y ante la imposibilidad de asistir personalmente a retirar dicho título profesional de la institución sito en Avenida Libertad 5450 de la Ciudad de Corrientes, debido a la circunstancia de fuerza mayor impuesta por el aislamiento social preventivo y obligatorio, dispuesto por el Decreto Nacional 297/2020 y sus modificatorias, en el marco de la pandemia COVID-19, deslindando de responsabilidad a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste por daños, extravío o sustracción que pudiera sufrir este instrumento, con motivo de su traslado. -----

En consecuencia, **AUTORIZO Y PRESTO CONFORMIDAD AL INICIO DEL TRÁMITE DE ENVÍO** de mi título de Odontólogo/a, el cual deberá ser entregado en el domicilio ubicado en Calle.....N°
de la ciudad de, provincia de, CP.....
siendo lashs. del día.....del mes de de dos mil veinte.-

Firma	
Aclaración	
DNI	
Teléfono Celular N°	