



CASA SALESIANA PIO IX

Tel/Fax 49811337  
info@pioix.edu.ar  
www.pioix.edu.ar



OBRA DE DON BOSCO

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los días.....del mes de..... del año 2021, quien suscribe,..... DNI N°..... con domicilio real en,..... teléfono celular N° ..... en representación del estudiante.....Curso..... Carrera.....

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que la/el estudiante ni ningún integrante de su grupo familiar conviviente ha manifestado síntomas compatibles con COVID-19, a saber: tos; fiebre; dolor de garganta; dificultad respiratoria, falta de aire; disgeusia (pérdida del gusto); anosmia (pérdida del olfato), ni ningún otro síntoma relacionado al COVID-19; en los últimos catorce (14) días.

A los fines de cuidar la salud de todos los integrantes de la Comunidad Educativa, declaro conocer todas las medidas de seguridad, higiene y desinfección obligatorias establecidas en el PROTOCOLO DE INICIO DE CLASES PRESENCIALES 2021 aprobado por Resolución N° 1- GCABA-MEDGC/21.

Declaro que la cobertura de salud de la/el estudiante es la siguiente Obra Social / Medicina Prepaga /Servicio de Salud Pública:

En caso de emergencia, dar aviso a:

Apellido y Nombre:

DNI:

Domicilio:

Teléfono:

Autorizo a que el/la mismo/a se retire por sus propios medios del establecimiento educativo:

SÍ  NO

La/el estudiante se podrá retirar del establecimiento , además de con los padres, con las/os adultas/os responsables que se detallan a continuación:

Apellido y Nombre:

DNI:

Domicilio:

Teléfono:

Relación con la/el estudiante:

Finalmente, declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente declaración jurada son verídicos y me hago responsable respecto de la veracidad de los mismos, conociendo las penalidades establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente.

FIRMA del referente familiar  
responsable

ACLARACIÓN

Fecha