



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 se encuentra actualmente con síntomas sospechosos de COVID-19.

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 Decreto N°260 GCBA 2021 y el nuevo PROTOCOLO DE INICIO DE CLASES PRESENCIALES 2021 aprobado por Resolución N° 6- GCABA-MEDGC/21.

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

Los síntomas presentados son:

Seleccione una opción.

Fiebre (37.5 grados o más): Sí / No: \_\_\_\_\_

Dolor de garganta: Sí / No: \_\_\_\_\_

Tos: Sí / No: \_\_\_\_\_

Dificultad para respirar: Sí / No: \_\_\_\_\_

Marcada pérdida del gusto: Sí / No: \_\_\_\_\_

Marcada pérdida del olfato: Sí / No: \_\_\_\_\_

Tuvo/ No Tuvo contacto estrecho con un caso sospechoso y/o confirmado de COVID-19

Un contacto estrecho es cuando una persona estuvo a menos de 1.5 metros de distancia de un caso sospechoso y/o confirmado durante 15 minutos o más, o durante las 48 horas anteriores al comienzo de los síntomas.

Me comprometo a cumplir las indicaciones médicas según el protocolo establecido por el GCBA.

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