**DECLARACION JURADA**

Nombres y Apellidos ………………………………………………………………………………………………………………….

Documento de Identidad (DNI) / (Pasaporte) ……………………………………………………………………………

Domicilio ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Número de teléfono ………………………………………………………………………………………………………………….

Correo electrónico …………………………………………………………………………………………………………………….

 Declaro bajo juramento, que no presento en el momento actual signos ni síntomas respiratorios compatibles con COVID-19 y que no he estado expuesto a personas con enfermedad o con los mismos síntomas en los últimos 14 días.

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SIGNO / SINTOMA | SI | NO |
| Pérdida del sentido del olfato y del gusto |  |  |
| Fiebre |  |  |
| Dolor de garganta |  |  |
| Dolores musculares |  |  |
| Tos |  |  |

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La falsedad de lo anteriormente declarado, será sujeto a las medidas legales pertinentes.