

DECLARACIÓN JURADA ENCUENTRO PRESENCIAL DICIEMBRE 2020

Rosario,

DATOS DEL/LA ALUMNO/A	
Nombre:	
Apellido:	
DNI:	Grado:

Actualmente presenta alguno de los siguientes síntomas (marque con una X)

Tos	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	si	no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida del gusto	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	si	no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	si	no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dif. Respiratoria	<table border="1"><tr><td>si</td><td>no</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	si	no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
si	no																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
si	no																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
si	no																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
si	no																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Fiebre	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida del olfato	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secreción nasal	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						

En mi carácter de padre/madre/tutor del alumno/a (tachar lo que no corresponda) declaro bajo juramento la veracidad del presente acto y me comprometo a informarle a las autoridades del establecimiento si en algún momento presento síntomas o conozco que tuve contacto con un caso nuevo o en revisión. En caso de incumplimiento entiendo que corresponde aplicar la sanción establecida en el cod. penal de la Nación art 202, 203 y 205.

Firma

Aclaración

DNI