

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA

Nombre 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 la enfermedad o con los mismos síntomas en los últimos 14 Días.

Fecha: _____

Hora: _____

SIGNO/SÍNTOMA	SI	NO
Pérdida del sentido del Olfato y del gusto		
Tos		
Fiebre		
Dolor de garganta		
Dolores musculares		

FIRMA: _____

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