# DECLARACIÓN JURADA PARA CASO SOSPECHOSO DE COVID

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los días del mes de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , quien suscribe, en mi carácter de estudiante mayor de edad, referente familiar o adulto responsable de

la/el estudiante, DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con fecha de nacimiento\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ , con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , teléfono celular N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , que cursa en el año \_\_\_\_ , división \_\_\_\_\_ , turno \_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el la ESCCP.

# DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que el/la estudiante a mi cargo posee síntomas compatibles con COVID-19

(indique con una cruz la opción correspondiente)

|  |  |
| --- | --- |
| Tos |  |
| Fiebre |  |
| Dolor de Garganta |  |
| Dificultad Respiratoria y/o falta de aire |  |
| Disgeusia (pérdida del gusto) |  |
| Anosmia (pérdida del olfato) |  |

Se acompaña a la presente Declaración Jurada, la constancia médica que indica la atención recibida, con la indicación de aislamiento para el/la estudiante.

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 sanciones establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente.

En caso de detectarse inconsistencias en los datos consignados precedentemente que puedan implicar una vulneración a los derechos de las/los estudiantes, se dará intervención al Consejo de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, como organismo de protección integral en el marco de la Ley N° 114.

……………………… …………………………... …………….………….

Firma Aclaración Tipo y N° DNI