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, el resultado del hisopado o constancia del turno otorgado para la realización del mismo. (*Protocolo UBA: Las/os estudiantes y las/os docentes y no docentes que tengan sospecha de infección por COVID-19 se deberán testear inmediatamente o bien dentro de las 24 hs. de presentar síntomas.*)

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.

Me comprometo a presentar el test negativo en el caso de haber sido un caso sospecho y el alta médica correspondiente de haber sido Covid POSITIVO, para el regreso a la presencialidad.

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