

**DECLARACIÓN JURADA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA
POR COVID-19.**

En la ciudad de....., a los días del mes de..... del año 2020, declaro que mi hijo/a....., DNI.....con domicilio real en....., de la ciudad de....., telefono.....no ha manifestado síntomas compatibles con COVID-19 y ninguno de mi grupo familiar más cercano. A saber: tos, fiebre, dolor de garganta, dificultad para respirar, falta de aire, disgeusia (perdida del gusto), anosmia (perdida del olfato), en los últimos 14 días.

Que ante la primera sospecha de padecer alguno/s de los síntomas o en mi grupo familiar compatibles con COVID-19, asumo la obligación de aislarnos preventivamente en forma inmediata, comunicar tal circunstancia al numero telefónico según corresponda la jurisdicción, e informar inmediatamente a la institución de dicha circunstancia para que adopte las medidas correspondientes.

Se aconseja realizar cada 48hs el auto test, a través de la aplicación CUIDAR. LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA TIENE UNA VALIDEZ DE 14 (CATORCE) DÍAS CORRIDOS DESDE SU CONFECCIÓN, DEBIENDO EL DECLARANTE RECONFIRMAR SU CONTENIDO VENCIDO DICHO PLAZO O REALIZAR UNA NUEVA.

Firma y aclaración
del padre/madre/tutor
