



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 mismos síntomas en los últimos 14 días.

Fecha:

Hora:

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

FIRMA

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