DECLARACIÓN JURADA

INICIO DE LAS CLASES PRESENCIALES 2021

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los días _____ del mes de _____ del año 2021, quien suscribe _____, en mi carácter de estudiante, referente familiar o adulta/o responsable de la/el estudiante (tachar lo que no corresponda) _____, DNI N° _____ con domicilio real en _____, de la ciudad de _____, teléfono celular N° _____, (de corresponder) en representación del estudiante ……..

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que la/el estudiante ni ningún integrante de su grupo familiar conviviente ha manifestado síntomas compatibles con COVID-19, a saber: tos; fiebre; dolor de garganta; dificultad respiratoria, falta de aire; disgeusia (pérdida del gusto); anosmia (pérdida del olfato), ni ningún otro síntoma relacionado al COVID-19; en los últimos catorce (14) días.

A los fines de cuidar la salud de todos los integrantes de la Comunidad Educativa, declaro conocer todas las medidas de seguridad, higiene y desinfección obligatorias establecidas en el PROTOCOLO DE INICIO DE CLASES PRESENCIALES 2021 aprobado por Resolución N° 1-GCABA-MEDGC/21.

Declaro que la cobertura de salud de la/el estudiante es la siguiente Obra Social / Medicina Prepaga /Servicio de Salud Pública: _____

En caso de emergencia, dar aviso a:

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____ Relación con la/el estudiante: _____

Para el caso del Nivel Primario/Secundario (menores de edad):

Autorizo a que el/la mismo/a se retire por sus propios medios del establecimiento educativo: SÍ ☐ NO ☐

Para el caso de que no se autorice el retiro por sus propios medios o sea alumna/o del Nivel Inicial, completar:

La/el estudiante se podrá retirar del establecimiento con las/os adultas/os responsables que se detallan a continuación:

1. Apellido y Nombre: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Relación con la/el estudiante: _____

Finalmente, 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 penalidades establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente.

FIRMA DEL ESTUDIANTE O REFERENTE FAMILIAR O ADULTA/O RESPONSABLE

_____	_____	_____
FIRMA	ACLARACIÓN	DNI/CI/LC/LE