AUTORIZACIÓN

PARA REALIZACIÓN DEL TEST RÁPIDO DE ANTÍGENOS COVID-19

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los días ____ del mes de _____ del año 2021, quien suscribe _____, en mi carácter de referente familiar o adulto responsable de la/el estudiante _____, DNI N° _____, con fecha de nacimiento _____, con domicilio en _____, de la ciudad de _____, teléfono celular N° _____, que cursa en_____ año en el Establecimiento Educativo/Centro_____.

AUTORIZO:

Que la/el estudiante se realice el test de antígenos de COVID-19 gratuito, a cargo dela Unidad de Testeo Móvil del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

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 REFERENTE FAMILIAR O ADULTA/O RESPONSABLE

_____ _____ _____

FIRMA ACLARACIÓN DNI/CI/LC/LE