

DECLARACIÓN RESPONSABLE

(a cumplimentar por **todo personal externo** que acceda al Centro)

D./Dña _____, con D.N.I. _____,
y con domicilio en _____
Población _____ Provincia de _____ C.P. _____ y
teléfono _____, como representante _____, de
la localidad de _____,

DECLARA responsablemente que:

- NO presenta fiebre, tos, sensación de falta de aire u otros síntomas compatibles con la COVID-19 como dolor de garganta, pérdida de olfato o del gusto, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o dolor de cabeza.
- NO está diagnosticado como caso confirmado de COVID-19.
- NO está en periodo de aislamiento requerido por la autoridad sanitaria o en período de cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas, caso sospechoso o diagnosticado de COVID-19.

Zamora, a ___ de _____ de 202__

Fdo.- _____