



## 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 los mismos síntomas en los últimos 14 días.

Fecha\_\_\_\_\_

Hora\_\_\_\_\_

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

FIRMA\_\_\_\_\_

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