



APELLIDO Y NOMBRE DE ESTUDIANTE: .....
CURSO: ..... HORARIO: .....

DECLARACIÓN JURADA INICIO DE LAS CLASES PRESENCIALES 2021

En el municipio de Tres de Febrero de la provincia de Buenos Aires, a los ..... días del mes de ..... de 2021, quien suscribe ....., en mi carácter de estudiante mayor de edad, DNI N° ....., con domicilio real en ....., de la ciudad de ....., teléfono celular N° .....

O, 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° ....., 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: Temperatura corporal mayor a 37.4°; marcada pérdida de olfato de manera repentina; marcada pérdida de gusto de manera repentina; tos; dolor de garganta; dificultad respiratoria o falta de aire; cefalea; dolor muscular, cansancio; vómitos/diarrea.

En caso de presentar síntomas compatibles con COVID-19 o ser contacto estrecho de un caso sospechoso o confirmado de COVID-19 no irá al establecimiento educativo e informaré en forma inmediata al establecimiento esta circunstancia.

A los fines de cuidar la salud de las y los integrantes de la comunidad educativa, declaro conocer todas las medidas de cuidado personal obligatorias establecidas en el PLAN JURISDICCIONAL PARA EL REGRESO SEGURO A CLASES PRESENCIALES.

Asimismo, declaro conocer el "PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO EN CONTEXTO DE COVID-19 que forma parte del PLAN JURISDICCIONAL PARA EL REGRESO SEGURO A CLASES PRESENCIALES como Anexo IV del mismo.

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 de menores de edad:

Autorizo a que el/la mismo/a se retire por sus propios medios del establecimiento educativo:

SÍ ..... NO .....

Tomo conocimiento de que en casos de asistir solo y presentar temperatura corporal mayor a 37.4° al momento del ingreso al establecimiento educativo no podrá entrar al mismo, pudiendo retirarse e iniciar el regreso al hogar por sus propios medios y que el establecimiento educativo comunicará esta circunstancia.

Para el caso de que no se autorice el retiro por sus propios medios, 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, (en caso de menores, habiendo explicado el contenido de la presente y de las medidas de cuidado personal que deberá observar en el establecimiento educativo al estudiante a mi cargo), conociendo las penalidades establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente.

FIRMA DE ESTUDIANTE

FIRMA DEL ADULTO RESPONSABLE (en caso de menores de edad)

ACLARACIÓN

ACLARACIÓN

DNI

DNI