

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD:**

Fecha: ----/----/---- Hora: ..... Temperatura:.....°C

Apellido y Nombres: .....

Edad:..... Años DNI:..... Sexo: M - F

Teléfono:..... E-mail:.....

- 1- Antecedentes de haber viajado al exterior en los últimos 14 días? (tache lo que NO corresponda) SI - NO. Donde? .....
- 2- Ha tenido contacto con un caso confirmado de COVID-19 o una persona bajo aislamiento? SI - NO. Con quién? .....
- 3- Actualmente presenta algunos de los siguientes síntomas? Señalice:

Fiebre	Dolor de Garganta	Tos	Dificultad para respirar
Dolor de Cabeza	Dolor Articular	Nauseas o Vómitos	
Dolor Muscular	Falta de Olfato o Gusto		

A los ..... Días del mes de Marzo De 2021, quien suscribe y en carácter de Declaración Jurada manifiesta que los datos proporcionados son verídicos y que, al momento de suscribir la presente, no manifiesto síntomas de COVID-19, no he tenido contacto estrecho con un caso confirmado, caso sospechoso, contacto estrecho o contacto de contacto estrecho, y que respetaré las medidas preventivas del Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio que rige en el territorio de la Provincia de Córdoba.-

FIRMA:.....

ACLARACION: .....

DNI:.....