



En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los días 17 del mes de AGOSTO del año 2021, quien suscribe _____, en mi carácter de referente familiar o adulta/o responsable de la/el estudiante _____, DNI N° _____ con domicilio real en _____, de la ciudad de _____, teléfono celular N° _____, DECLARO BAJO JURAMENTO: Que la/el estudiante ni ningún integrante de su grupo familiar conviviente ha manifestado síntomas compatibles con COVID-19, a saber: tos; fiebre; dolor de garganta; dificultad respiratoria, falta de aire; disgeusia (pérdida del gusto); anosmia (pérdida del olfato), ni ningún otro síntoma relacionado al COVID-19; en los últimos catorce (14) días. A los fines de cuidar la salud de todos los integrantes de la Comunidad Educativa, declaro conocer todas las medidas de seguridad, higiene y desinfección obligatorias establecidas en el [protocolo vigente](#) aprobado por [Resolución N° 6- GCABA-MEDGC/21](#).

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 _____
DNI _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____ Relación con la/el estudiante: _____

Para el caso del Nivel Primario/Secundario (menores de edad): Autorizo a que el/la mismo/a se retire por sus propios medios del establecimiento educativo: Sí NO

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