

DECLARACIÓN JURADA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR EL VIRUS
COVID-19.

En la ciudad de La Plata, a los días..... del mes de..... del año,
.....quien suscribe..... con domicilio
real en la calle....., de la ciudad de
....., teléfono celular.....,

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que no he manifestado síntomas compatibles con COVID-19 y ninguno de mi grupo familiar mas cercano. A saber: tos; fiebre; dolor de garganta; dificultad respiratoria, falta de aire; disgeusia (pérdida del gusto); anosmia (pérdida del olfato); en los últimos catorce (14) días. Que ante la primera sospecha de padecer alguno/s de los síntomas o en mi grupo familiar compatibles con COVID-19, asumo la obligación de no asistir al establecimiento, aislarme preventivamente en forma inmediata, comunicar tal circunstancia al número telefónico según corresponda a la jurisdicción, e informar inmediatamente a la institución de dicha circunstancia para que adopte las medidas correspondientes.

Se aconseja realizar cada 48 hs el auto test, de la APLICACIÓN CUIDAR (sistema de prevención y cuidado del ciudadano contra el COVID-19).

PROTOCOLO DE REAPERTURA

Declaración Jurada Fecha:

El/la que suscribe....., DNI:
..... agremiado a la Institución, Matrícula:
.....declara cumplir y hacer cumplir este protocolo de reapertura,
en su totalidad.

Firma:

Aclaración:

Familiar 1:

Familiar 2: Familiar 3:

..... Familiar 4:

.....

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE –
Tel. 221-429-8429 | Calle 6 N° 1137 | La Plata | Bs. As. www.amepla.org.ar