

DECLARACIÓN JURADA PARA CASO SOSPECHOSO/POSITIVO

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los días ____ del mes de _____ del año 2021, quien suscribe _____, en mi carácter de estudiante mayor de edad, referente familiar o adulto responsable de la/el estudiante _____, DNI N° _____, con fecha de nacimiento _____, con domicilio en _____, de la ciudad de _____, teléfono celular N° _____, que cursa _____ sala/grado/año curso de Educación Inicial/Primaria/Secundaria/Superior/Técnica Profesional en el Establecimiento Educativo/Centro _____.

DECLARO BAJO JURAMENTO: Que el/la estudiante a mi cargo posee síntomas compatibles con COVID-19

(indique con una cruz la opción correspondiente)

Tos	
Fiebre	
Dolor de Garganta	
Dificultad Respiratoria y/o falta de aire	
Disgeusia (pérdida del gusto)	
Anosmia (pérdida del olfato)	

Se acompaña a la presente Declaración Jurada, la constancia médica que indica la atención recibida, con la indicación de aislamiento para el/la estudiante. 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 sanciones establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente. En caso de detectarse inconsistencias en los datos consignados precedentemente que puedan implicar una vulneración a los derechos de las/los estudiantes, se dará intervención al Consejo de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, como organismo de protección integral en el marco de la Ley N° 114.

FIRMA DEL PADRE/MADRE o RESPONSABLE _____

ACLARACIÓN Y DNI: _____