

MODELO DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./D^a _____ con
DNI número _____, alumno/a matriculado/a no Centro de
Formación Afundación A Coruña, no curso _____ do ciclo

DECLARA RESPONSABLEMENTE QUE realizará a Enquisa de Autoavaliación clínica do COVID e que se compromete a NON asistir ao centro e manterse en illamento preventivo domiciliario nos seguintes supostos:

- se ten síntomas compatibles coa COVID-19, poñéndose en contacto co seu médico e con algunha das persoas membros do equipo COVID do centro educativo.

- se algunha persoa do núcleo familiar é sospeitosa de padecer a COVID-19, o alumno/a non poderá acudir ao centro ata que se coñeza o resultado da proba esexa negativo.

A persoa afectada ou a súa familia comunicarán o resultado á persoa coordinadora COVID do centro.

En _____, a ____ de _____ de 2020.

ASDO.: