

FORMULARIO DE DECLARACIÓN COVID19

CURSO Lugar: Fecha:
DATOS PERSONALES Nombre: Apellidos: Categoría:
DECLARACIÓN El abajo firmante, cuyos datos personales aparecen arriba, indica que: <ul style="list-style-type: none">• Declaro que no tengo síntomas relacionados con la COVID19 en los últimos 14 días (tos / gripe / fiebre / dificultad respiratoria / diarrea / náuseas / vómitos / anosmia / ageusia)• Declaro que, aunque en mi profesión puedo tener contacto con personas que pueden ser casos confirmados o sospechosos de COVID19, he seguido los protocolos de protección personal actuales y que no se me considera CONTACTO ESTRECHO NI DE ALTO RIESGO de ninguno de ellos.• Confirmando que no he viajado desde ningún país en el que se hayan impuesto restricciones de viaje/autoconfinamiento en los últimos 14 días.• Acepto que podría indicárseme abandonar el curso en el caso de que no pueda confirmar las declaraciones expresadas más arriba
FIRMA: Fecha:

A los participantes del curso (Alumnos o Docentes) que no cumplan con las normas de distanciamiento social y las medidas de seguridad e higiene, se les denegará el acceso al curso.

VºBº:

Coordinador del Curso