

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VALORACIÓN CLÍNICA

D/D^a..... con DNI nº
..... actuando en nombre propio y como alumno/a matriculado en el
centro educativo en el curso y
grupo

DECLARA

- Que he sido informado/a de que no debo acudir con síntomas compatibles a la COVID-19 al centro educativo.

- Que habiendo presentado síntomas compatibles en los días anteriores a la fecha de esta declaración, se ha procedido según lo indicado y he sido valorado por un médico de mi servicio de salud.

- Que tras la valoración del cuadro clínico me ha informado que se descarta que los síntomas se deban a infección por SARS-CoV-2.

- Que me encuentro actualmente asintomático.

Y para que conste, firmo el presente documento en:

..... a de..... de 2020

Fdo: D/ Dña.....