

DECLARACION JURADA SANITARIA

Quien suscribe,, DNI N°, con domicilio en, declaro bajo juramento encontrarme en perfecto estado de salud para poder participar de la práctica deportiva de tenis en el Predio Parque Norte. Asimismo, aseguró no tener conocimiento a la fecha de ningún impedimento físico que pudiera provocarme lesiones o cualquier otro daño corporal, no encontrarme comprendido dentro del “grupo de riesgo”, ni presentar síntomas compatibles con el COVID 19 en los últimos 7 días, tales como:

Indicar con una cruz

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - Tos | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Resfrío | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Dolor muscular | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Fiebre | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Vómitos/Diarrea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Dolor de cabeza | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Pérdida de sentido de olfato y/o gusto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Conjuntivitis | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Erupciones cutáneas | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Dificultad para respirar o falta de aire | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

El presente certificado se enmarca en el contexto de la emergencia sanitaria y del “aislamiento social, preventivo y obligatorio” determinado por el DNU N° 297/20, representando el presente una Declaración Jurada sobre la realización de tareas autorizadas por la normativa vigente.

Se deja constancia que he sido informado sobre las recomendaciones y medidas de prevención del Ministerio de Salud de la Nación sobre el coronavirus COVID-19 y del Protocolo Sanitario de Parque Norte respecto a la actividad deportiva a realizar.

El presente certificado sólo tiene validez por siete (7) días hábiles.

Fecha: / /

Firma

Aclaración