

## DECLARACION JURADA SANITARIA

Quien suscribe, ....., DNI N° ....., con domicilio en ....., declaro bajo juramento encontrarme en perfecto estado de salud para poder ingresar al predio y/o participar de la práctica deportiva en Parque Norte. Asimismo, aseguro 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 “distanciamiento social, preventivo y obligatorio” determinado por el DNU N° 875/20, representando el presente una Declaración Jurada sobre la realización de tareas autorizadas por la normativa vigente.

Se deja constancia que tengo conocimiento que de acuerdo con lo que establece el protocolo vigente del Ministerio de Salud de la Nación, aquellas personas que puedan ser un CASO SOSPECHOSO, deben permanecer en sus domicilios y contactarse con el SAME a la línea 107 (en CABA) o a la línea 148 (en la provincia de Buenos Aires), y que no cumplir con el aislamiento está penalizado por el DNU art. 205 y 239 del CPN. Además he sido informado sobre las recomendaciones, medidas de prevención y Protocolo Sanitario de Parque Norte.

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

Fecha:     /     /

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
*Aclaración*