



MODELO

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./D^a _____,
con DNI número _____, matriculado no curso _____,
do centro educativo CIFP POLITÉCNICO DE SANTIAGO.

DECLARA RESPONSABLEMENTE QUE realizará diariamente 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 o alumno/a 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 poderán acudir ao centro ata que se coñeza o resultado da proba e sexa negativo. A persoa afectada ou a súa familia comunicarán o resultado á persoa coordinadora COVID do centro.

En _____, a ____ de _____ de 2020.

ASDO.