



DECLARACIÓN JURADA SOBRE ESTADO DE SALUD EN PANDEMIA COVID-19 En CABA

En Caba, a los _____ del mes de _____ de _____

Quien suscribe _____ con número de DNI N° _____
con domicilio real cito en la calle _____,
localidad _____ y número de teléfono _____ viene por
medio de la presente a declarar bajo juramento:

Que tanto mi persona como los distintos integrantes de mi círculo de convivencia habitual y/o familiar no han manifestado síntomas compatibles con la enfermedad COVID-19 (tos, fiebre, dolor de garganta, diarrea, pérdida de olfato y gusto, dificultades respiratorias y dolor muscular, entre otras) en los últimos catorce (14) días. Es por ello que a fin de salvaguardar a todos los integrantes tanto del Grupo Scout N° 91 de San Patricio como de la comunidad religiosa de la homónima parroquia, es que declaro conocer todas las medidas de seguridad y protocolos higiénicos establecidos por el Grupo Scout San Patricio para el año en curso. Asimismo, declaro que mi cobertura de salud es la siguiente:

_____. La presente declaración jurada implica para el suscripto la inexcusable obligación y compromiso de informar con la mayor celeridad a la dirigencia del Grupo Scout San Patricio respecto a cualquier síntoma o patología compatible con el COVID-19 como también cualquier aislamiento preventivo que pudiese recaerme y en mi círculo estrecho de contactos en forma habitual.

Firma

Aclaración

DNI