

DECLARACIÓN JURADA DE BUENA SALUD

Quien suscribe , DNI N°..... con domicilio en de la ciudad de , en mi carácter de padre, madre o tutor de..... titular del DNI N°.....

Declaro bajo juramento que: mi hijo/a se encuentra en perfecto estado de salud y no ha manifestado síntomas compatibles con COVID-19. A saber: tos, fiebre, dolor de garganta, dificultades respiratorias, falta de aire, disgeusia (perdida del gusto) anosmia (perdida de olfato), no ah estado en contacto con personas que hayan tenido COVID-19 o síntomas compatibles, así como tampoco ha transitado o visitado lugares donde haya circulación comunitaria ***en los últimos catorce (14) días.***

El presente certificado solo tiene validez por quince (15) días corridos.

Santa Fe,..... De Del año 20.....