



DECLARACIÓN JURADA DE BUENA SALUD

Quien suscribe	DNI N°	con domicilio en
de la ciuc	dad de, en m	i carácter de padre, madre o
tutor de	titular del DNI Nº	
Declaro bajo juramento que: mi h manifestado síntomas compatibles dificultades respiratorias, falta de ain no ah estado en contacto con perso como tampoco ha transitado o visita catorce (14) días.	con COVID-19. A saber: tos, re, disgeusia (perdida del gusto) onas que hayan tenido COVID-19	fiebre, dolor de garganta, anosmia (perdida de olfato), o síntomas compatibles, así
El presente certificado solo tiene validez por quince (15) días corridos.		
Santa Fe, De De	Del año 20	