

DECLARACIÓ RESPONSABLE.

D. / Dña. _____

amb DNI _____

DECLARA:

Que en els darrers catorze dies no he tingut cap simptomatologia compatible amb la COVID-19.

Que no he obtingut un resultat compatible amb presència d'infecció activa a una prova diagnòstica de COVID-19.

Que no he conviscut amb persones que hagin estat declarades cas confirmat de COVID-19.

Que no he tingut contacte estret amb malalts per COVID-19.

En _____ a _____ de _____ del 2021

Firma Federat/da

Firma tutor/a (menors 18 anys)