



DECLARACIÓN JURADA PARA CASO SOSPECHOSO

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los días ____ del mes de _____
del año 2021, quien suscribe

_____, en mi carácter de estudiante mayor de edad,
referente familiar o adulto responsable de la/el estudiante
_____, DNI N° _____, con fecha de nacimiento
_____, con domicilio en _____, de la ciudad de
_____, teléfono celular N° _____, que cursa _____
sala/grado/año curso de Educación Inicial/Primaria/Secundaria/ Superior/Técnica
Profesional en el Establecimiento Educativo/Centro
_____.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que el/la estudiante a mi cargo posee síntomas compatibles con COVID-19
(indique con una cruz la opción correspondiente)

Tos	
Fiebre	
Dolor de Garganta	
Dificultad Respiratoria y/o falta de aire	
Disgeusia (pérdida del gusto)	
Anosmia (pérdida del olfato)	

Se acompaña a la presente Declaración Jurada, la constancia médica que indica la atención recibida, con la indicación de aislamiento para el/la estudiante.

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente declaración jurada son verídicos y me hago responsable respecto de la veracidad de los mismos, conociendo las sanciones establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente.

En caso de detectarse inconsistencias en los datos consignados precedentemente que puedan implicar una vulneración a los derechos de las/los estudiantes, se dará intervención al Consejo de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, como organismo de protección integral en el marco de la Ley N° 114.

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

Tipo y N° de DNI