



**LUGAR DE ALOJAMIENTO** *(deberá aclarar qué Unidad o Comisaría):*

**FECHA:**

**HORA:**

**YO** *(nombre y apellido del interno/detenido):*

**DNI:**

**DECLARO** bajo mi responsabilidad que al día de la fecha **NO PRESENTO:**

**- FIEBRE, TOS, DOLOR DE GARGANTA, MARCADA PÉRDIDA DE OLFATO Y/O GUSTO, Y NO ME CUESTA RESPIRAR.**

*(Marcar SI O NO):*

**EMBARAZO** *(en caso femenino)* ☐

**TUVO/TIENE CÁNCER** ☐

**DIÁBETES** ☐

**ENFERMEDAD HEPÁTICA** ☐

**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA** ☐

**ENFERMEDAD RESPIRATORIA** ☐

**ENFERMEDAD CARDIOLÓGICA** ☐

**Por lo expuesto estoy en condiciones de ingresar a la Alcaldía en Sede Judicial** *(alcaldía a la que ingreso):*

**FIRMA Y ACLARACIÓN**

**DÍGITO PULGAR DERECHO**

**FIRMA Y ACLARACIÓN** *(médico que avale la ausencia de síntomas):*  
**N° de matrícula:**

**FIRMA Y ACLARACIÓN** *(Agente a cargo de la Comisión):*  
**JERARQUÍA:**