



**Instituto "San José"**

Hermanos de Nuestra Señora de la Misericordia

**E.G.B.3-POLIMODAL-PROFESORADO**

Libertad 341 - 4200 Sgo. del Estero - Tel (0385) 211579 / 240161

e-mail: [secretariasecundaria@sanjosesgo.edu.ar](mailto:secretariasecundaria@sanjosesgo.edu.ar)

4200 Santiago del Estero.

**RESOLUCIÓN N° 286/2020**

**DECLARACIÓN JURADA ALUMNOS**

En la Provincia de Santiago del Estero, a los .... días del mes de .....del año 20...., quien suscribe ( apellido y nombre) .....

DNI N° ....., de..... años de edad, con domicilio real sitio en .....  
teléfono celular N°.....teléfono fijo N° .....

En mi carácter de alumno perteneciente al .... año, div.....en el colegio.....

Declaro bajo juramento:

- 1) Que conozco la normativa vigente (Resolución CFE 364/2020, de la Resolución Ministerial RESOL-2020-550-E-GDESDE-ME y de la presente) relativa a las Pautas para la Formulación del Plan Institucional de Vuelta a Clases en materia de seguridad, higiene y prevención frente al avance de la pandemia del COVID 19 referentes al mantenimiento de distancia social de entre 1.5 y 2 metros en lugares públicos, lavado frecuente de manos y en caso de no ser posible, sanitización mediante uso constante de alcohol en gel, uso permanente de tapabocas en espacios públicos y dentro del establecimiento educativo, lavado frecuente de tapabocas o reemplazo si fuere descartable, limpieza y desinfección de calzado al ingresar a ambientes cerrados, como así también de útiles, elementos de trabajo, mochilas o bolsos, mercaderías y otros elementos.
- 2) Que me comprometo a cumplir y hacer cumplir a todo mi grupo familiar dichas normas tanto en el ámbito del hogar como en el ámbito escolar.
- 3) Que no asistiré al establecimiento educativo en caso de presentar fiebre y/o síntomas de enfermedad compatibles con COVID 19, o cuando me encuentre en situación de haber mantenido contacto estrecho con personas con caso de COVID 19 confirmado, con contactos estrechos de casos confirmados o con casos sospechosos.
- 4) Que informare inmediatamente a las autoridades escolares y sanitarias en caso de que presente fiebre y/o síntomas compatibles con COVID 19 (cansancio, tos seca, pérdida de gusto u olfato, dolor de garganta o dificultad respiratoria) o si me encontrare en la situación de haber mantenido contacto estrecho con personas con caso de COVID 19 confirmado, con contactos estrechos de casos confirmados o con casos sospechosos.

FIRMA DEL ALUMNO:

FIRMA DEL TUTOR:

ACLARACIÓN:

D.N.I.: