|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN JURADA INICIO DE LAS CLASES PRESENCIALES 2021**  En el Municipio de …….......................................... de la provincia de Buenos Aires a los días ............. del mes de ............................ del año 2021, quien suscribe ……………........................................., en mi carácter de estudiante....................................................................................., DNI N° ............................... con domicilio real en .................................................................... , de la ciudad de .............................................. teléfono celular N° ..........................................,  **DECLARO BAJO JURAMENTO:**  Que la/el estudiante ni ningún integrante de su grupo familiar conviviente ha manifestado síntomas compatibles con COVID-19, a saber: temperatura corporal mayor a 37.4º; marcada pérdida de olfato de manera repentina; marcada pérdida de gusto de manera repentina; tos; dolor de garganta; dificultad respiratoria o falta de aire; cefalea; dolor muscular, cansancio; vómitos/diarrea.  En caso de presentar síntomas compatibles con COVID-19 o ser contacto estrecho de un caso sospechoso o confirmado de COVID-19 no irá al establecimiento educativo e informaré en forma inmediata al establecimiento esta circunstancia.  A los fines de cuidar la salud de las y los integrantes de la comunidad educativa, declaro conocer todas las medidas de cuidado personal obligatorias establecidas en el PLAN JURISDICCIONAL PARA EL REGRESO SEGURO A CLASES PRESENCIALES.  Asimismo, declaro conocer el “PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO EN CONTEXTO DE COVID-19” que forma parte del PLAN JURISDICCIONAL PARA EL REGRESO SEGURO A LAS CLASES PRESENCIALES como Anexo IV del mismo.  Declaro que la cobertura de salud de la/el estudiante es la siguiente Obra Social / Medicina Prepaga/Servicio de Salud Pública: ....................................................................................  En caso de emergencia, dar aviso a:  Apellido y Nombre: ................................................................................... DNI: ............................  Domicilio: .................................................................................... Teléfono: ................................... Relación con la/el estudiante: ..........................................................................  Finalmente, 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, habiendo explicado el contenido de la presente y de las medidas de cuidado personal que deberá observar en el establecimiento educativo al estudiante a mi cargo, conociendo las penalidades establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente.  -------------------------------------------------------------------  Firma y aclaración de madre, padre o persona adulta responsable |

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN JURADA INICIO DE LAS CLASES PRESENCIALES 2021**  En el Municipio de …….......................................... de la provincia de Buenos Aires a los días ............. del mes de ............................ del año 2021, quien suscribe ……………........................................., en mi carácter de estudiante....................................................................................., DNI N° ............................... con domicilio real en .................................................................... , de la ciudad de .............................................. teléfono celular N° ..........................................  **DECLARO BAJO JURAMENTO:**  Que la/el estudiante ni ningún integrante de su grupo familiar conviviente ha manifestado síntomas compatibles con COVID-19, a saber: temperatura corporal mayor a 37.4º; marcada pérdida de olfato de manera repentina; marcada pérdida de gusto de manera repentina; tos; dolor de garganta; dificultad respiratoria o falta de aire; cefalea; dolor muscular, cansancio; vómitos/diarrea.  En caso de presentar síntomas compatibles con COVID-19 o ser contacto estrecho de un caso sospechoso o confirmado de COVID-19 no irá al establecimiento educativo e informaré en forma inmediata al establecimiento esta circunstancia.  A los fines de cuidar la salud de las y los integrantes de la comunidad educativa, declaro conocer todas las medidas de cuidado personal obligatorias establecidas en el PLAN JURISDICCIONAL PARA EL REGRESO SEGURO A CLASES PRESENCIALES.  Asimismo, declaro conocer el “PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO EN CONTEXTO DE COVID-19” que forma parte del PLAN JURISDICCIONAL PARA EL REGRESO SEGURO A LAS CLASES PRESENCIALES como Anexo IV del mismo.  Declaro que la cobertura de salud de la/el estudiante es la siguiente Obra Social / Medicina Prepaga/Servicio de Salud Pública: ....................................................................................  En caso de emergencia, dar aviso a:  Apellido y Nombre: ................................................................................... DNI: ............................  Domicilio: .................................................................................... Teléfono: ................................... Relación con la/el estudiante: ..........................................................................  Finalmente, 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, habiendo explicado el contenido de la presente y de las medidas de cuidado personal que deberá observar en el establecimiento educativo al estudiante a mi cargo, conociendo las penalidades establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente.  -------------------------------------------------------------------  Firma y aclaración de madre, padre o persona adulta responsable |