

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Nombre

Dni

Fecha

Declaro:

- que en la fecha de hoy no presento ninguna sintomatología compatible con la del COVID-19 (fiebre, tos, dificultad respiratoria, malestar, diarrea) o cualquier otro cuadro infeccioso
- que no he dado positivo en COVID-19 ni he convivido con personas que hayan dado positivo en COVID-19 en los últimos 15 días
- que no he estado en contacto estrecho con ninguna persona que haya dado positivo de COVID-19 o que tengan sintomatología compatible con esta enfermedad en los últimos 15 días
- que respetaré y cumpliré las medidas de higiene y prevención propuestas por ALAS como forma de cuidarme y cuidar a los demás, y que cualquier medida de estas que decida no respetar, será bajo mi entera responsabilidad
- al hacerme responsable, declaro que si me contagio el COVID-19 durante mi tiempo de trabajo en ALAS, no interpondré denuncia a ninguno de mis compañeros, compañeras, ni al profesor con quien esté trabajando, ni a Andrés Waksman, responsable de Alas.

Firma