



### DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

- Nombre y apellidos: .....
- Documento de identidad (DNI/CE/PASAPORTE): .....
- Domicilio: .....
- Número de teléfono: .....
- Correo electrónico: .....

Declaro bajo juramento, que no presento en el momento actual, signos ni síntomas respiratorios compatibles con COVID-19 y que no he estado expuesto a personas con la enfermedad o con los mismos síntomas en los últimos 14 días.

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

<b>SIGNO/SÍNTOMA</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Pérdida del sentido del olfato y del gusto		
Fiebre		
Dolor de garganta		
Dolores musculares		
Tos		

FIRMA \_\_\_\_\_

**La falsedad de lo anteriormente declarado, será sujeto a las medidas legales pertinentes.**