



ANEXO I

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./Dña _____, con D.N.I. _____, y
con _____ domicilio _____ en
_____ Población _____
Provincia de _____ C.P. _____ y teléfono _____.

—

—

DECLARA responsablemente que no asistirá a la actividad en caso de:

- Presentar fiebre, tos, sensación de falta de aire u otros síntomas compatibles con la COVID-19 como dolor de garganta, pérdida de olfato o del gusto, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o dolor de cabeza.
- Estar diagnosticado como caso confirmado de COVID-19.
- Estar en periodo de aislamiento requerido por la autoridad sanitaria o en período de cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas, caso sospechoso o diagnosticado de COVID-19.

En _____ a __ de _____ de 2020.

Firma: