



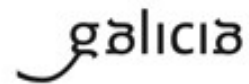
XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE
EMPREGO E IGUALDADE

Xefatura Territorial da Coruña



Rúa San Paio do Monte s/nº
15898 Santiago de Compostela
Tif.: 881 867 650 Fax: 881 867 661
cifp.santiago@edu.xunta.es
www.edu.xunta.gal/centros/cifpsantiago



MODELO DECLARACIÓN RESPONSABLE

O/a alumno/a _____, con DNI número _____,
matriculado no ciclo formativo _____
do CIFP Santiago

DECLARA RESPONSABLEMENTE QUE realizará a Enquisa de Autoavaliación clínica do COVID e que se compromete a NON acudir ao centro e manterse en illamento preventivo domiciliario nos seguintes supostos:

- se o alumno/a ten síntomas compatibles coa COVID-19, poñéndose en contacto co seu médico e con algunha das persoas membros do equipo COVID do centro educativo.
- se algunha persoa do núcleo familiar é sospeitosa de padecer a COVID-19, o alumno/a non poderá acudir ao centro ata que se coñeza o resultado da proba e sexa negativo. A persoa afectada ou a súa familia comunicarán o resultado á persoa coordinadora COVID do centro.

En , _____ a _____ de _____ de ____ 2021.

ASDO.