XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE EDUCACIÓN, UNIVERSIDADE E FORMACIÓN PROFESIONAL
CENTRO RESIDENCIAL DOCENTE DA CORUÑA

Salvador Allende, 13
15174 CULLEREDO (A Coruña)
TLF. 981 66 78 36 - FAX 981 66 46 42

ANEXO II: DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE SINTOMATOLOXÍA COVID-19 E RECOLLIDA DE DATOS DE CONTACTO

DATOS DA PERSOA DECLARANTE

NOME PRIMER APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

DECLARO,

Que non teño síntomas compatibles coa infección por COVID-19 nin os tiven nos 14 días anteriores ao presente, e así mesmo, que tampouco estiven en contacto estreito nin compartin espazo sen gardar distancia de seguridade interpersoal cunha persoa que dese positivo.

DATOS DA PERSOA DE CONTACTO E ENDEREZO DA UNIDADE FAMILIAR (da persoa residente)

NOME PRIMER APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

PARENTESCO PAI NAI OUTRO (indicar)

TIPO NOME DE VÍA NUM BLOQ ANDAR PORTA

PARROQUIA LUGAR

CÓDIGO POSTAL PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO TELÉFONO MÓBIL CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DO CENTRO DOCENTE ONDE ESTÁ MATRICULADA (a persoa residente)

NOME DO CENTRO DOCENTE TELÉFONO

SINATURA DA PERSOA RESIDENTE SINATURA DO FAMILIAR DE CONTACTO

Lugar e data

, de de 2020 , de , de 2020

CENTRO RESIDENCIAL DOCENTE DE ……..