



ANEXO II. Declaración responsable sobre coñecemento do Protocolo COVID do CRD de Ourense, ausencia de risco coñecido de COVID-19 no momento da incorporación, enfermidade superada ou situación vacinal e datos de contacto.

DATOS DA PERSOA DECLARANTE			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI

DECLARO,

1. Que coñezo o Protocolo COVID do CRD de Ourense así como a obriga do seu cumprimento e as consecuencias de non respectalo. Polo tanto, comprométome a, de ser o caso, informar ao Equipo COVID do centro de calquera incidencia sobre síntomas ou datos de contactos de risco relacionados coa Covid-19.
2. Que non teño neste momento síntomas compatibles coa infección por COVID-19 nin os tiveron nos 14 días anteriores ao presente e, así mesmo, que tampouco estiveron en contacto cunha persoa contagiada.
3. Que, de ser o caso, aportarei certificado de ter superado a enfermidade e/ou ter recibido pauta completa de vacinación xa teña sido previamente á incorporación ou ben teña lugar durante a estancia no CRD.
4. Que confirmo veracidade dos datos de contacto así como o consentimento para que sexan utilizados e se lle facilite ou solicite á persoa indicada información sobre min en relación á Covid-19.

DATOS DA PERSOA DE CONTACTO E ENDEREZO DA UNIDADE FAMILIAR da persoa residente							
NOME		PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO		NIF	
PARENTESCO		☐ PAI		☐ NAI		☐ OUTRO (indicar):	
TIPO	NOME DA 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

Aporto: ☐ Certificado de superación da Covid-19 (marcar de ser o caso)
☐ Certificado de vacinación contra a Covid-19 (marcar de ser o caso)

SINATURA DA PERSOA RESIDENTE				SINATURA DO FAMILIAR DE CONTACTO			
Lugar e data							
	,	de		de	2021		
	,	de		de	2021		