



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE CULTURA,
EDUCACIÓN E UNIVERSIDADE

CENTRO RESIDENCIAL DOCENTE DE OURENSE



DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA A REINCORPORACIÓN AO CENTRO LOGO DUNHA AUSENCIA POR COVID-19 OU SINTOMATOLOXÍA COMPATIBLE

Eu, _____ con DNI _____,
DECLARO:

(Indicar aquelas afirmacións que se correspondan co caso)

- Non ter presentado nas últimas 48 horas síntomas compatibles coa Covid-19.
- Ter superado o período de corentena indicado polas autoridades sanitarias sen ter presentado síntomas nos últimos 3 días.
- Ter obtido nas probas analíticas un resultado compatible coa reincorporación á vida normal.

Ademáis, DECLARO ser consciente de que **a falta de veracidade nestas afirmacións pode supor un risco para a saúde pública** e que polo tanto podería ser sancionado pola normativa vixente de ámbito xeral así como pola normativa interna do centro.

___ de _____ de _____

Asinado,

O/A residente (no caso de ser menor de idade, o/a seu pai/nai ou titor/a)