



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE CULTURA,  
EDUCACIÓN E UNIVERSIDADE

CENTRO RESIDENCIAL DOCENTE DE OURENSE



## DECLARACIÓN RESPONSABLE DE COÑECEMENTO DAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN A APLICAR POR SER CASO CONFIRMADO/SOSPEITOSO DE COVID-19

Eu, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_,  
DECLARO:

Ter **recibido por parte do Equipo COVID do CRD de Ourense información relativa ás medidas de prevención que debo aplicar unha vez saia do centro** para realizar probas diagnósticas, illamento preventivo por síntomas compatibles coa Covid-19 ou corentena por ser caso confirmado ou contacto estreito cun caso confirmado de Covid-19.

Ademáis, DECLARO ser consciente de que **a falta de cumprimento destas medidas 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)*