**MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE
(Rellenar por el alumno/a si es mayor de edad)**

D/Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

localidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matriculado/a en

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el

centro educativo **IES Tetuán de las Victorias**

**DECLARA responsablemente** que no asistirá de manera presencial al Centro Educativo en caso de:

* presentar fiebre o síntomas de sospecha de COVID-19
* estar diagnosticado como caso confirmado de la enfermedad
* estar en periodo de aislamiento requerido por la autoridad sanitaria o en período de cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas, caso sospechoso o diagnosticada de COVID-19, debiendo comprometerse a permanecer en aislamiento o cuarentena domiciliaria hasta el alta del estado de aislamiento y cuarentena, así como hasta tres días después de la desaparición de los síntomas en caso de haber padecido la enfermedad.

Así mismo **ADQUIERE el compromiso de**:

* **Comprobar diariamente** mi estado de salud antes de incorporarme al centro educativo.
* **Notificar la ausencia al centro, si es por la enfermedad**, través del teléfono del Centro 91 314 76 50/ 91 314 67 06 o correo electrónico de Jefatura de Estudios jefatura@iestetuan.es
* **Aceptar el conjunto de medidas establecidas** en el Plan de Contingencia a elaborar por cada Centro Educativo y las higiénico-sanitarias y de prevención que puedan establecerse y/o modificarse en todo momento por las autoridades sanitarias.

Y para que conste a los efectos oportunos, lo firmo

En ........................................, a .......... de .................................. de 202\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_