



**DECLARACION JURADA OBLIGATORIA**  
**Personal (.....) en representación de un menor (.....)**  
*(marcar lo que corresponda)*

Quien suscribe ..... DNI. N° ..... con domicilio en ..... de la Ciudad de ..... celular: ..... y mail, ....., declaro bajo juramento, respecto a mi persona y/o en representación del menor ..... DNI. N°.....:

**DECLARA:** Que se encuentra en perfecto estado de salud, para poder participar de actividades recreativas, no teniendo conocimiento a la fecha de ningún impedimento físico que pudiera provocarle lesiones o cualquier otro daño corporal, ni presenta/o síntomas compatibles con el coronavirus (COVID-19).

La presente declaración, se enmarca en el contexto de la emergencia sanitaria y del “Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio” determinado en su inicio por el DNU N° 297/20, hasta el último DECNU 2020-956-APN-PTE, el que también incluye el “Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio” y todas las normas y resoluciones dictadas en ese lapso y en concordancia. Por lo que declaro asumir y dar cumplimiento con el protocolo establecido, por el que presto conformidad y por lo cual libero de toda responsabilidad a APOPS, como asimismo a la Municipalidad en donde se encuentre el Centro Recreativo, por un eventual contagio de coronavirus (COVID-19) que pudiera derivarse de mi participación en las actividades RECREATIVAS a llevarse a cabo.

Se deja constancia que he sido informada/o sobre las recomendaciones y medidas de Prevención del Ministerio de Salud de la Nación sobre el coronavirus COVID-19 publicadas en [www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19](http://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19)

SÍNTOMA	SI	NO
¿Percibió una marcada pérdida del olfato de manera repentina?		
¿Percibió una marcada pérdida del gusto de manera repentina?		
¿Tiene tos?		
¿Tiene dolor de garganta?		
¿Tiene dificultad respiratoria o falta de aire?		
¿Tuvo contacto estrecho con algún caso positivo de COVID-19 o síntomas en los últimos 7 días?		
¿Tuvo 37,5° de temperatura o más en los últimos 7 días?		
¿Tuvo diarreas, náuseas, vómitos o cefaleas en los últimos 7 días?		
¿Tuvo dolores musculares, decaimiento o dolores articulares en los últimos 7 días?		
¿Tuvo contacto estrecho con alguna persona que haya presentado los síntomas antes mencionados?		

Firma del declarante que aporte datos propios y/o en carácter de padre, madre o tutor del menor nombrado en el inicio, haciéndose responsable de los datos expresados.

FIRMA: .....

ACLARACION: .....