

## DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI número \_\_\_\_\_ e con número de teléfono \_\_\_\_\_, matriculado no curso \_\_\_\_\_, do centro educativo EPAPU de Ourense.

DECLARA RESPONSABLEMENTE QUE realizará a Enquisa de Autoavaliación clínica do COVID e que se compromete a NON vir ao centro e manterme en illamento preventivo domiciliario nos seguintes supostos:

- se teño síntomas compatibles coa COVID-19, poñéndome en contacto co meu médico de atención primaria e con algunha das persoas membros do equipo COVID do centro educativo a través do teléfono do centro 988243834.

Presentou nas últimas 2 semanas?		SI	NON
Síntomas respiratorios	Febre maior de 37,5°C		
	Tose seca		
	Dificultade respiratoria		
Outros síntomas	Fatiga severa (cansazo)		
	Dor muscular		
	Falta de olfacto		
	Falta de gusto		
	Diarrea		

Ten actualmente algún dos síntomas? Sinalar cales e cando comezaron.

- se algunha persoa do núcleo familiar é sospeitosa de padecer a COVID-19, o alumno/a non poderán acudir ao centro ata que se coñeza o resultado da proba e sexa negativo. A persoa afectada ou a súa familia comunicarán o resultado á persoa coordinadora COVID do centro a través do teléfono do centro 988243834.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

ASDO. \_\_\_\_\_