



ANEXO II. Declaración responsable sobre sintomatoloxía compatible co COVID-19 e recollida de datos de contacto

DATOS DA PERSOA DECLARANTE			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
DECLARO, Que non teño síntomas compatibles coa infección por COVID-19 nin os tiven nos 14 días anteriores ao presente, e así mesmo, que tampouco estiven en contacto estreito nin compartín espazo sen gardar a distancia de seguridade interpersoal cunha persoa que dese positivo.			

DATOS DA PERSOA DE CONTACTO E ENDEREZO DA UNIDADE FAMILIAR (da persoa residente)							
NOME		PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO		NIF	
PARENTESCO		<input type="checkbox"/> PAI		<input type="checkbox"/> NAI		<input type="checkbox"/> OUTRO (indicar):	
TIPO	NOME DA VÍA	NUM	BLOQ	ANDAR	PORTA		
PARROQUIA			LUGAR				
CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA		CONCELLO		LOCALIDADE	
TELÉFONO		TELÉFONO MÓBIL		CORREO ELECTRÓNICO			

DATOS DO CENTRO DOCENTE ONDE ESTÁ MATRICULADA (á persoa residente)	
NOME DO CENTRO DOCENTE	TELÉFONO

SINATURA DA PERSOA RESIDENTE				SINATURA DO FAMILIAR DE CONTACTO							
Lugar e data											
	,	de		de	2020		,	de		de	2020

--	--	--

CENTRO RESIDENCIAL DOCENTE DE