



XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE EDUCACIÓN, UNIVERSIDADE E FORMACIÓN PROFESIONAL
CENTRO RESIDENCIAL DOCENTE DA CORUÑA

Salvador Allende, 13
15174 CULLEREDO (A Coruña)
TLF. 981 66 78 36 - FAX 981 66 46 42

DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA AS PERSOAS QUE SE DESPRAZAN PARA COMPLETAR A CORANTENA NOS SEUS LUGARES DE RESIDENCIA HABITUAIS

Eu, _____, con DNI _____

Mail _____, Teléfono _____

MANIFESTO a miña decisión tomada libremente e baixo a miña responsabilidade de trasladarme á miña residencia habitual, co fin de cumprir a corentena prescrita por motivos de saúde pública.

DECLARO que dita residencia está situada en:

RUA _____ CONCELLO _____

C.P. _____ PROVINCIA _____ COMUNIDADE _____

ACORDO levar a cabo dita transferencia en transporte privado, tomando as medidas de precaución e distanciamento estipuladas, facendo a ruta máis curta posible e evitando calquera parada en ruta que non sexa estritamente necesaria.

O medio de transporte empregado será (especificar vehículo, matrícula e condutor):

COMPROMETOME a informar de calquera modificación, evento adverso ou incidente relevante que poida ocorrer durante a viaxe.

AUTORIZO o uso de datos persoais facilitados aos departamentos de saúde das comunidades autónomas implicadas, con fins estritamente clínicos e de saúde pública

En _____ a _____ de _____ do 2020.

ASDO.: _____