**DECLARACION JURADA PARA RETORNO AL TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD ESCUDADO POR SER CONTACTO ESTRECHO DE CASOS CONFIRMADOS**

Yo,……………………………………………………………………………………………………, DNI…………..……………………, Domicilio…………………………………………………………………………………………………………….……………………… Cel/Tel…………………………………………………………., correo electrónico …….………………………………………

Doy fe que los datos consignados precedentemente son completos y correctos. Declaro comprender que resulta indispensable para evitar contagios con pacientes y colegas, no haber presentado síntomas durante mi escudamiento, por lo que en este acto declaro que no he tenido temperatura ≥ 37, 5º, rinorrea nueva o que empeora, odinofagia, tos, dificultad respiratoria, anosmia o ageusias nuevas, diarrea, vómitos, cefalea o mialgias.

Por último, expreso que tengo conocimiento de las sanciones penales, civiles y administrativas que me pudieran corresponder ante la falta a la verdad en esta declaración jurada.

FIRMA Y ACLARACION FECHA