

# FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

Documento de identidad (DNI) / (Pasaporte) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento que no presento en el momento actual signos ni síntomas respiratorios compatibles con COVID-19 y que no he estado expuesto a personas con la enfermedad o con los mismos síntomas en los últimos 14 días.

Hora \_\_\_\_\_

<b>SIGNO / SÍNTOMA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Pérdida del sentido del olfato y del gusto		
Fiebre		
Dolor de garganta		
Dolores musculares		
Tos		

\_\_\_\_\_  
Firma

**La falsedad de lo anteriormente declarado será sujeto a las medidas legales pertinentes.**