



FECHA

DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CORONAVIRUS (COVID -19)**NOMBRE Y APELLIDO****D.N.I.****CORREO ELECTRÓNICO****LOCALIDAD****PROVINCIA****CELULAR**

Tuvo contacto con una persona enferma de coronavirus (COVID-19)?	SI	NO
Estuvo enfermo en los últimos 14 días?	SI	NO
Declaro bajo juramento que al momento de suscribir la presente declaración jurada manifesté síntomas de CORONAVIRUS (COVID-19).	SI	NO
Firma:		
Acompañantes		
Nombre:	D.N.I.:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	



FECHA

DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CORONAVIRUS (COVID -19)**NOMBRE Y APELLIDO****D.N.I.****CORREO ELECTRÓNICO****LOCALIDAD****PROVINCIA****CELULAR**

Tuvo contacto con una persona enferma de coronavirus (COVID-19)?	SI	NO
Estuvo enfermo en los últimos 14 días?	SI	NO
Declaro bajo juramento que al momento de suscribir la presente declaración jurada manifesté síntomas de CORONAVIRUS (COVID-19).	SI	NO
Firma:		
Acompañantes		
Nombre:	D.N.I.:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	