

DECLARACIÓ RESPONSABLE COVID-19. MAJORS DE 18 ANYS

Jo _____ amb DNI _____ i telèfon de contacte _____, del curs _____

Declaro, responsablement:

1. Que durant els darrers 14 dies i en aquest moment:

- **No presento cap simptomatologia compatible amb la COVID-19** (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecciós.
- **No he estat positiu per al SARS-CoV 2.**
- **No he estat en contacte estret amb cap positiu confirmat o simptomatologia compatible** en els 14 dies anteriors.
- Tinc el **calendari vacunal** al dia.

3. Que en relació a les malalties següents:

- **Malalties respiratòries** greus que necessiten medicació o dispositius de suport ventilatori.
- **Malalties cardíques** greus.
- **Malalties que afecten al sistema immunitari** (per exemple, aquells infants que necessiten tractaments immunosupressors).
- **Diabetis** mal controlada.
- **Malalties neuromusculars o encefalopaties** moderades o greus.

(Seleccioneu una de les dues opcions)

- No pateixo cap d'aquestes malalties.
- Pateixo alguna d'aquestes malalties i he valorat amb el meu metge/metgessa la idoneïtat de reprendre l'activitat escolar.

4. Que la decisió d'assistir a l'escola, és fruit d'una decisió personal / familiar, havent pogut valorar i ponderar conscientment els beneficis i efectes de l'assistència, al costat dels riscos per a la meua salut que comporta l'actual situació de pandèmia.

Em comprometo a:

- Informar a l'Escola de l'aparició de qualsevol cas de COVID-19 en l'entorn familiar i mantenir un contacte estret amb el centre educatiu davant de qualsevol incidència.
- Vigilar el meu estat prenent-me la temperatura abans de sortir de casa per anar al centre educatiu. En el cas que tingui febre o presenti algun dels símptomes compatibles amb la COVID-19, no assistiré a l'escola.

I per a que així consti, signo aquesta declaració a _____ de _____ de 2020

Signatura