

DECLARACIÓN JURADA DE BUENA SALUD

Quien suscribe ....., DNI N° ..... con domicilio en ..... de la ciudad de ....., en mi carácter de padre, madre o tutor de..... titular del DNI N°.....

**Declaro bajo juramento que:** mi hijo/a se encuentra en perfecto estado de salud y no ha manifestado síntomas compatibles con COVID-19. A saber: tos, fiebre, dolor de garganta, dificultades respiratorias, falta de aire, disgeusia (perdida del gusto) anosmia (perdida de olfato), no ah estado en contacto con personas que hayan tenido COVID-19 o síntomas compatibles, así como tampoco ha transitado o visitado lugares donde haya circulación comunitaria **en los últimos catorce (14) días.**

El presente certificado solo tiene validez por quince (15) días corridos.

Santa Fe,..... De ..... Del año 20.....