



DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VALORACIÓN CLÍNICA

D/D^a..... con DNI nº
..... actuando en nombre propio y como alumno/a matriculado en el centro
educativo en el curso y grupo

DECLARA

-Que he sido informado/a de que no debo acudir con síntomas compatibles a la COVID
19 al centro educativo.

-Que habiendo presentado síntomas compatibles en los días anteriores a la fecha de esta
declaración, se ha procedido según lo indicado y he sido valorado por un médico de mi
servicio de salud.

- Que tras la valoración del cuadro clínico me ha informado que se descarta que los
síntomas se deban a infección por SARS-CoV-2.

- Que me encuentro actualmente asintomático.

Y para que conste, firmo el presente documento en:

..... a de..... de 2020

Fdo: D/ Dña.....