

Declaración de responsabilidade COVID e persoa de contacto

O/A alumno/a _____ ou no seu defecto
D/D^a _____, nai, pai ou persoa que
exerza a titoría legal do/da alumno/a _____
con DOI número _____

DECLARA RESPONSABLEMENTE:

que a asistencia diaria ao CIFP Rodolfo Ucha Piñeiro no que se atopa matriculado/a do ciclo _____, de réxime _____, curso ____, **farase sempre previa realización da enquisa de autoavaliación do COVID-19** na que se descarten os síntomas propios da enfermidade: febre (> 37,5°C), tose seca, dificultade respiratoria, fatiga severa (cansazo), dor muscular, falta de olfacto e/ou gusto e diarrea.

De aparecer algún síntoma non asistirá, comunicarao ao centro, e poñerase en contacto co seu médico de atención primaria.

Se algunha **persoa do núcleo familiar é sospeitosa** de padecer COVID-19, **o/a alumno/a tampouco acudirá** ao centro **até** que se coñeza o **resultado da proba**, e este sexa **negativo**. A persoa afectada ou a súa familia comunicarán este resultado ao coordinador/a do equipo COVID do centro.

Tamén indica que a **persoa de contacto** en caso de manifestar síntomas do COVID-19 durante a estada no centro sexa D/D.^a _____, a través dos seguintes teléfonos: _____

En Ferrol, a ___ de _____ de 20__

Asdo.: _____
(alumno/a maior de idade, nai pai ou titor legal, segundo corresponda)