

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD DE TODA PERSONA QUE INGRESE A LA UNLAR

Nombre y Apellido: _____

Teléfono de Contacto: _____

Email _____

Fecha: _____

Función:
DOCENTE ESTUDIANTE NODOCENTE

- ¿Presenta algún síntoma de COVID-19 (tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, fiebre, erupción cutánea, pérdida del olfato o del gusto, pérdida de color en los dedos de las manos o pies, vómito, diarrea, cefalea)?

SI NO

- ¿Estuvo en contacto con alguien afectado por COVID-19 o sospechado de estarlo en las últimas 72hs?

- SI NO

- ¿Tuvo que cumplir cuarentena por orden del COE?

SI NO

FIRMA: _____

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!



UNLaR
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA RIOJA

Inclusiva, comprometida y transformadora