

DECLARACION JURADA PARA LA PREVENCION DEL COVID-19

Información Personal					
Completar si es Proveedor de FAdeA/Cliente/Visita					
Apellido y Nombre:DNI.....					
Edad:	Sexo:	F	M	Tel. de Contacto:.....	
Razón Social Proveedor:					
Residencia Actual en el marco de Emergencia COVID-19					
Dirección:					
Barrio:			Localidad:		
Historial de viajes en los últimos 30 días					
Exterior:	SI	NO	Lugar y fecha de regreso:		
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	SI	NO	Neuquén	SI	NO
Provincia de Buenos Aires	SI	NO	Río Negro	SI	NO
Tierra del Fuego	SI	NO	Otra Provincia:		
Santa Fe	SI	NO	Alta Gracia (CBA)	SI	NO
Chaco	SI	NO	Río Cuarto (CBA)	SI	NO
Antecedentes el Estado de Salud					
Ha tenido contacto, en los últimos 14 días, con personas con casos confirmados o bajo investigación por COVID-19? En caso de responder SI detalle:				SI	NO
Actualmente usted presenta síntomas como: fiebre, resfrío, tos, dolor de garganta o falta de aire, perdida de olfato o del gusto? En caso de responder SI, detalle cuales: Está tomando o ha tomado alguna medicación para los síntomas mencionados, cuál?.....				SI	NO

EN EL MARCO DE IMPLEMENTACION DE LA DECLARACION JURADA PARA LA PREVENCION DEL COVID-19:

Declaro bajo juramento que toda la información vertida en esta declaración es verdadera y en el caso de cambiar los datos, asumo la obligación de informarlos inmediatamente al Responsable en FAdeA del servicio contratado y al Servicio de Medicina del Trabajo de FAdeA: +54 9 351 6608136

Fecha.....

Firma

DNI:.....