

## DECLARACION JURADA SANITARIA

Quien suscribe, ....., DNI N° ....., con domicilio en ....., declaro bajo juramento encontrarme en perfecto estado de salud para poder participar de la práctica deportiva de tenis, paddle, fútbol u otra actividad en el Predio Parque Norte. Asimismo, aseguró no tener conocimiento a la fecha de ningún impedimento físico que pudiera provocarme lesiones o cualquier otro daño corporal, no encontrarme comprendido dentro del “grupo de riesgo”, ni presentar síntomas compatibles con el COVID 19 en los últimos 7 días, tales como:

*Indicar con una cruz*

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - Tos                                      | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Resfrío                                  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Dolor muscular                           | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Fiebre                                   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Vómitos/Diarrea                          | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Dolor de cabeza                          | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Pérdida de sentido de olfato y/o gusto   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Conjuntivitis                            | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Erupciones cutáneas                      | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Dificultad para respirar o falta de aire | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

El presente certificado se enmarca en el contexto de la emergencia sanitaria y del “aislamiento social, preventivo y obligatorio” determinado por el DNU N° 297/20, representando el presente una Declaración Jurada sobre la realización de tareas autorizadas por la normativa vigente.

Se deja constancia que he sido informado sobre las recomendaciones y medidas de prevención del Ministerio de Salud de la Nación sobre el coronavirus COVID-19 y del Protocolo Sanitario de Parque Norte respecto a la actividad deportiva a realizar.

El presente certificado sólo tiene validez por siete (7) días hábiles.

Fecha:     /     /

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
*Aclaración*