NOELANDIA

DECLARACIÓN JURADA

Yo ……..... DNI..... domiciliado en calle..... N°..... Piso..... Dpto..... localidad..... N de teléfono..... declaró bajo juramento que al momento de ingresar a la Empresa Noelandia SRL yo y mi grupo familiar, no presentamos síntomas compatibles con el COVID-19 (dolor de garganta, fiebre, ausencia del sentido del olfato y/o gusto, dificultad para respirar) y en caso de presentar cualquiera de dichos síntomas durante mi permanencia en el establecimiento lo informare sin falta y procederé en la manera que la autoridad sanitaria a cargo me indique.

Firma: .....

Aclaración: .....

DNI: .....

FAMILIARES A CARGO

Nombre y Apellido	DNI