



**DECLARACIÓN RESPONSABLE  
A FIRMAR POR EL ALUMNO SI ES MAYOR DE EDAD**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_  
y domicilio en \_\_\_\_\_ de la localidad  
\_\_\_\_\_ matriculado/a en el curso \_\_\_\_\_ en el centro educativo  
COLEGIO CALASANZ DE VILLACARRIEDO PP. ESCOLAPIOS

**DECLARA responsablemente** que no asistirá de manera presencial al Centro Educativo y/o a la residencia/internado que este centro posee, en caso de:

- presentar fiebre o síntomas de sospecha de COVID-19
- estar diagnosticado como caso confirmado de la enfermedad
- estar en periodo de aislamiento requerido por la autoridad sanitaria o en período de cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas, caso sospechoso o diagnosticada de COVID-19, debiendo comprometerse a permanecer en aislamiento o cuarentena domiciliaria hasta el alta del estado de aislamiento y cuarentena, así como hasta tres días después de la desaparición de los síntomas en caso de haber padecido la enfermedad.

Así mismo **ADQUIERE el compromiso de:**

- **Comprobar diariamente** el estado de salud antes de incorporarse al centro educativo.
- **Notificar la ausencia al centro, si es por la enfermedad**, través del teléfono o medio de comunicación que se haya establecido para esta finalidad en el centro educativo.
- **Aceptar el conjunto de medidas establecidas** en los Planes de Contingencia elaborados por el Centro y las higiénico-sanitarias y de prevención que puedan establecerse y/o modificarse en todo momento por las autoridades sanitarias.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Fdo.