**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL**

**Nombre y Apellido: …….……………………………………………………………………………………………..**

**DNI: …………………………….. Domicilio: ………………………………………………………………………..**

**N° de teléfono de contacto: …………………………………………………………………**

**Medio de movilidad en el cual ingresa y se retira:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Movilidad propia** |  | **Transporte público** |  |
| **Taxi** |  | **Movilidad de un tercero** |  |

**Sede:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sede Central** |  | **Campus Yerba Buena** |  |
| **CEOP** |  | **Campus UNSTA Concepción** |  |

**Por la presente DECLARO BAJO MI RESPOSABILIDAD, que en los últimos 15 días no presenté síntomas relacionados con COVID-19 tales como: fiebre, síntomas respiratorios (tos, resfrío), dolor de garganta, falta de aire – (disnea)-, disminución o ausencia de olfato. Asimismo, declaro que no estuve en contacto con personas consideradas sospechosas por el sistema de salud, ni estuve en los últimos 15 días en zonas con circulación viral.**

**Día: ………………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hora de entrada** |  | **Hora de salida** |  |

**..………………………………………..**

**FIRMA**

**………………………………………….**

**ACLARACIÓN**

**…………………………………………**

**DNI**