

# DECLARACIÓN JURADA DE SALUD DE TODA PERSONA QUE INGRESE A LA UNLAR

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Función:

DOCENTE ESTUDIANTE NODOCENTE GRADUADO FOTOGRAFO

- ¿Presenta algún síntoma de COVID-19 (tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, fiebre, erupción cutánea, pérdida del olfato o del gusto, pérdida de color en los dedos de las manos o pies, vómito, diarrea, cefalea)?

SI  NO

- ¿Estuvo en contacto con alguien afectado por COVID-19 o sospechado de estarlo en las últimas 72hs?

- SI  NO

- ¿Tuvo que cumplir cuarentena por orden del COE?

SI  NO

FIRMA: \_\_\_\_\_

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**



**UNLaR**  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA RIOJA

*Inclusiva, comprometida y transformadora*