**DECLARACION JURADA para todA PERSONA**

**INGRESANTE A LA SEDE MAR DEL PLATA**

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA SON VERÍDICOS. ESTA DECLARACIÓN JURADA FUE REALIZADA CUMPLIENDO CONE L PUNTO 6.4. Procedimiento documentado de ingreso y egreso de usuarios DEL PROTOCOLO APROBADO PARA LA ACTIVIDAD DE BALNEARIOS. ASIMISMO DECLARO CONOCER Y ACEPTAR DICHO PROTOCOLO**

1. DATOS FILIATORIOS

Apellido y Nombre

N° de socio o DNI: Teléfono de contacto:

Fecha de nacimiento: Edad:

Motivo de la visita: .

1. ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Síntomas primarios**: Tos Dolor de garganta Resfrío Fiebre  |  SI NO[ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ]  | **Síntomas secundario**s: Perdida de olfato o gusto Dolor de cabeza Diarrea Conjuntivitis  |  SI NO[ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ]  |
| **Preguntas adicionales**: * ¿Tuvo fiebre mayor a 37,5º en los últimos 5 días?

En los últimos 14 días:* ¿Estuvo en contacto con personas sospechosas o confirmadas Covid-19?
* ¿Permaneció o visitó un hospital COVID -19 en Argentina?
* ¿Regresó de viaje en el exterior?
* ¿Estuvo expuesto a grupos numerosos sin respetar la distancia social de 2M?
* ¿Permaneció en lugares cerrados poco ventilados con grupos humanos numerosospor más de 15 minutos seguidos, respetando o no la distancia social?
 |  SI NO[ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ]  |

1. ¿Estuvo en contacto directo con alguna persona que presente síntomas SI NO
compatibles con COVID-19 o que sea positivo? [ ]  [ ]

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Aclaración: