**DECLARACIÓN RESPONSABLE COVID19 – MAYOR DE EDAD**

D. /Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con DNI número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como asistente a las pruebas de selección garantizo que durante los 14 días previos a las mismas:

1. no presento sintomatología (ni tos, ni fiebre, ni dificultad de respirar, etc.) que pudiera estar asociada con el COVID 19.
2. no he estado en contacto estrecho con convivientes, familiares o personas que presentaban síntomas vinculados al COVID 19.

Firma del participante

En , a de del 2020