ANEXO III. MODELO DE **DECLARACIÓN RESPONSABLE**

D/Da ………………………………………………….. con DNI ………………………. y domicilio en ………………………………………………………….... padre / madre / tutor / tutora legal del alumno*/*a *..*..*.*............................................................. matriculado o matriculada en (indicar curso) ……………………………………………... en el Centro Educativo (nombre del centro) …………………………………………………………. de (Localidad) ………………………

DECLARA responsablemente que:

* Si el/la alumno*/*a presentara **cualquiera** de las siguientes situaciones **NO** asistirá al centro

1. Fiebre (Temperatura mayor de 37,50º)

2. Otra sintomatología:

* + Tos
  + Dolor de cabeza y/o de garganta Malestar general
  + Vómitos
  + Diarrea
* Si es caso confirmado, no acudirá al centro hasta que, de acuerdo con las indicaciones del profesional sanitario, se complete el periodo de aislamiento o se confirme que la infección está resuelta.
* Si el alumno*/*a se considera contacto estrecho de un caso confirmado, no acudirá al centro hasta que, de acuerdo con las indicaciones del profesional sanitario, finalice el periodo de cuarentena.
* Conoce las medidas preventivas del centro y expresa su compromiso de estricto cumplimiento con las mismas.

AUTORIZO

* La realización de la prueba diagnóstica (toma de muestra de PCR) en el centro educativo, cuando mi hijo*/*a se considere un contacto estrecho de un caso COVID-19 en dicho centro, de acuerdo con la indicación de Salud Pública.

Y para que conste, a los efectos oportunos,

*.*....*....*........, a..........de........*..*........de.......

Padre*/*Tutor legal Madre*/*Tutora legal