**DECLARACION JURADA POR LICENCIA ESPECIAL COVID\_19**

YO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOCENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° ………………………, DECLARO BAJO JURAMENTO SER CONVIVIENTE DE LA /EL CIUDADANA/O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Y LUEGO DE HABER CONCURRIDO A LA ENTIDAD PÚBLICA/PRIVADA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SE LA/LO DIAGNOSTICA CON **COVID-19 POSITIVO** EN EL DIA DE LA FECHA.

POR TAL RAZÓN Y EN ATENCIÓN A LA NORMATIVA VIGENTE, ME ENCUENTRO EN AISLAMIENTO OBLIGATORIO COMO CONTACTO ESTRECHO DEL PACIENTE POSITIVO Y POR TAL RAZÓN SOLICITO LA LICENCIA CORRESPONDIENTE.------------------------------------

AL FINALIZAR LOS DIAS DE AISLAMIENTO PRESENTARE CERTIFICADO DE ALTA PARA REINTEGRARME A MIS TAREAS HABITUALES.

( LOCALIDAD, FECHA)……………………………………………………

 Firma

Aclaración