



“2020-AÑO DEL GENERAL MANUEL BELGRANO”

Provincia de Tierra del Fuego  
Antártida e Islas del Atlántico Sur  
República Argentina

MINISTERIO JEFATURA DE GABINETE

## FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA COVID-19 PROGRAMA CUIDARNOS TDF

DECLARACIÓN JURADA PARA LOS INTERESADOS EN PARTICIPAR DEL PROGRAMA CUIDARNOS TDF, EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR EL VIRUS COVID-19.

En la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2020, quien suscribe \_\_\_\_\_ D.N.I. N° \_\_\_\_\_, con domicilio real en \_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_, teléfono celular \_\_\_\_\_, correo electrónico / e-mail: \_\_\_\_\_, DECLARO BAJO JURAMENTO:

- Que no me encuentro comprendido dentro de los grupos de riesgo indicados por el Ministerio de Salud de la Nación y que se encuentran enunciados en la Decisión Administrativa Nacional N° 390/2020.
- Que no he viajado al exterior durante los últimos catorce (14) días.
- Que no tuve contacto con personas que puedan haber sido afectadas por el COVID-19 (coronavirus), durante los últimos catorce (14) días.
- Que no he manifestado síntomas compatibles con COVID-19: tos; fiebre; dolor de garganta; dificultad respiratoria; disgeusia (pérdida del gusto); anosmia (pérdida del olfato); en los últimos catorce (14) días.
- Que ante la primera sospecha de padecer alguno/s de los síntomas compatibles con COVID-19, asumo la obligación de no asistir a la tarea del voluntariado, aislarme preventivamente en forma inmediata, comunicar tal circunstancia al número telefónico 107, e informar inmediatamente dicha circunstancia para que adopte las medidas correspondientes.

Declaro que los datos consignados en este formulario son exactos y completos y que he confeccionado esta declaración, sin falsear ni omitir dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad.

Declaro conocer las penalidades establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente.

LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA TIENE UNA VALIDEZ DE CATORCE (14) DIAS CORRIDOS DESDE SU CONFECCIÓN, DEBIENDO EL PARTICIPANTE RECONFIRMAR SU CONTENIDO VENCIDO DICHO PLAZO O REALIZAR UNA NUEVA.

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

\_\_\_\_\_  
VOLUNTARIO/A ADHERENTE

Aclaración

**ACLARACIÓN:** Para el tratamiento de los datos personales del presente formulario, será de aplicación la Ley de Protección de Datos Personales N° 25.326.