DECLARACIÓN JURADA

Resolución Municipal 877/2020

**Día: ……………… Hora: ……………..**

1. Apellido y nombre chofer: ……………………………………………………………………………………………………

2. DNI ………………………………………………. 3. Teléfono de contacto ……………………………………………..

4. Domicilio de residencia en Esquel (o indicar destino final) …………………………………………………….

5. Motivo del viaje ………………………………………………………………………………………6. Presenta documentación respaldatoria **SI NO**

7. Patente del vehículo ……………………………………. Modelo del vehículo ……………………………………………………

8. ¿En qué localidad estuvo los últimos 15 días?

 …………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………….

9. Estuvo en los últimos 15 días con un caso confirmado o proviene de una zona de circulación del virus? **SI NO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre y apellido | DNI | Proviene de | Presenta síntomas | ¿Estuvo en los últimos 15 días en una zona de riesgo? |
| Pasajero 1 |  |  |  |  |  |
| Pasajero 2 |  |  |  |  |  |
| Pasajero 3 |  |  |  |  |  |
| Pasajero 4 |  |  |  |  |  |
| Pasajero 5 |  |  |  |  |  |

10. ¿Usted presentó en los últimos 14 días fiebre (igual o mayor a 37,5°C) y alguno de los siguientes síntomas como: tos, dolor de garganta y/o dificultad respiratoria, anosmia (dificultad en el olfato)? **SI NO**

**Declaro bajo juramento conocer y comprender las obligaciones de Aislamiento y Distanciamiento impuestas por las autoridades de la República Argentina, y la normativa de la Ciudad de Esquel, bajo apercibimiento de recibir las sanciones legalmente dispuestas para el caso de falsedad de mi declaración y/o incumplimiento de las medidas dispuestas.**

NOMBRE Y APELLIDO FECHA

 FIRMA PERSONAL MUNICIPAL

ESTA PLANILLA CONTIENE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOMETIDA A SECRETO MÉDICO.

SU DIVULGACIÓN ESTÁ PROHIBIDA POR LA LEY.

**PARA COMPLETAR POR PERSONAL DE SALUD**

CORRESPONDE AISLAMIENTO SI NO

En caso afirmativo:

Nombre del hotel ……………………………………. O domicilio particular…………………………………………………..

(costo a cargo del solicitante)

 FIRMA (salud) FIRMA (solicitante) FECHA