

DECLARACIÓ DE L'ESTUDIANT

[Nom i cognoms de l'estudiant] _____,
amb DNI _____.

MANIFESTO:

- 1 Que he rebut la informació i la formació sobre els riscos inherents a la meva activitat i sobre les mesures de protecció que cal adoptar, i específicament les recomanacions de les autoritats sanitàries relacionades amb la COVID-19.
- 2 Que no formo part de cap dels col·lectius vulnerables a la COVID-19 establerts pel Ministeri de Sanitat (principalment, dones embarassades, persones de més de seixanta anys i persones amb malalties cardiovasculars —incloent-hi la hipertensió—, malalties pulmonars cròniques, diabetis, insuficiència renal crònica, immunodeficiències, càncer amb tractament actiu, malaltia hepàtica severa i obesitat mòrbida — IMC>40).
- 3 Que conec i accepto que en cap cas puc dur a terme formació presencial si presento simptomatologia compatible amb la COVID-19, o si convisc o he estat en contacte estret els darrers catorze dies amb persones que en presentin símptomes, fins que finalitzi el termini de seguretat recomanat per les autoritats sanitàries.

I, perquè consti, signo aquesta declaració.

[Lloc i data]

[Signatura de estudiant]