



DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR
Instituto Superior de Formación Docente N° 36
Sede: Gelly y Obes N° 4.950 – José C. Paz
Extensión: Chile N° 995–José C. Paz
Teléfono: (02320) 44-5699/ 333710
E-mail: isfd36josecpaz@gmail.com

DECLARACIÓN JURADA MINIMIZAR RIESGOS DE CONTAGIO

En José C. Paz, a los.....días del mes de.....del año
quien suscribe (Apellido y Nombre).....,D.N.I.
....., con domicilio real en.....
.....,teléfono/celular.....
.....teléfono fijo, en mi carácter de: (Marcar la opción que
corresponda) **estudiante – docente - auxiliar** del Instituto Superior de Formación Docente N° 36 de José C.
Paz, declaro bajo juramento que los datos que consigno en este formulario son reales y completos sin omitir
ni falsear ninguno.

Asimismo, declaro bajo juramento entender y aceptar los términos para acceder a las actividades presenciales
en el Instituto Superior de Formación Docente N.º 36 de José C. Paz – Sede: Gelly y Obes 4950 en el horario
de 18.20 horas a 19.50 horas o 20.00 horas a 21:30 horas

1. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas compatibles con infección por Coronavirus COVID-19?

Seleccione una opción.

Fiebre (37.5 grados o más): Sí / No: _____

Dolor de garganta: Sí / No: _____

Tos: Sí / No: _____

Dificultad para respirar: Sí / No: _____

Marcada pérdida del gusto: Sí / No: _____

Marcada pérdida del olfato: Sí / No: _____

2. ¿Tuvo contacto estrecho con un caso sospechoso y/o confirmado de COVID-19?

Un contacto estrecho es cuando una persona estuvo a menos de 2 metros de distancia de un caso sospechoso
y/o confirmado durante 15 minutos o más, o durante las 48 horas anteriores al comienzo de los síntomas.

Seleccione una opción.

Sí / No: _____

3. Cumpliré los protocolos, recomendaciones, lineamientos e indicaciones que la institución dispuso, o
disponga más adelante, para prevenir el contagio de Covid-19:

Seleccione una opción.

Sí / No: _____

4. Usaré mi propio barbijo, evitaré tocarlo una vez colocado; me lavaré frecuentemente las manos y/o me pondré solución sanitizante (alcohol diluido al 70% o alcohol en gel); no compartiré la misma comida, bebida, ni mate; y mantendré una distancia social respecto de otras personas.

Seleccione una opción.

Sí / No: _____

5. Respetaré los espacios y horarios que la institución autorice para la realización de actividades presenciales, cumpliendo las indicaciones del/a profesor/a a cargo.

Seleccione una opción.

Sí / No: _____

Asimismo, declaro bajo juramento que si presento dos o más síntomas compatibles con infección por Coronavirus COVID-19, y/o mantuve contacto estrecho con casos sospechosos y/o confirmados, me comunicaré telefónicamente al 148 (si vivo en Provincia de Buenos Aires), como indica el MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN.

Además, daré inmediato aviso a las autoridades de la institución, enviando un correo electrónico a isfd36josecpaz@gmail.com, regencia.isfd36@gmail.com o al correo del preceptor de la carrera correspondiente.

Cuidarnos es responsabilidad de toda la comunidad del I.S.F.D. N.º 36

Nombre: _____

Apellido: _____

DNI: _____

Tel de contacto: _____

Firma: _____

Fecha: _____

En caso de ser necesaria la firma de madre, padre, tutor o responsable, aclarar vínculo y agregar al costado los datos de quien firma.

Firma

Aclaración

DNI