



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 DE CONDICIONES DE VACUNACIÓN

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, manifiesto con carácter de DECLARACIÓN JURADA

1. Encontrarme o no comprendido dentro los grupos de riesgo enmarcados en la Resolución 207/2020 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad de la Nación y en el artículo 1° de la Resolución 90/2020 del Ministerio de Jefatura de Gabinete de la Provincia de Buenos Aires, informando que mi situación de salud es la siguiente:

GRUPOS DE RIESGO	SI	NO
POR RAZONES DE SALUD		
EMBARAZO		
EDAD		

2. Plan de vacunación contra el Covid-19

(Deberá marcar la opción que corresponda en SI / NO)

a- Se inscribió en el plan de vacunación contra el COVID-19? SI / NO

En caso de responder SI

a.1 En PBA

a.2 En otra jurisdicción

b.1 – ¿Recibió la primer dosis del plan? SI / NO

Fecha de vacunación Fecha de turno

b.2 - ¿Recibió la segunda dosis del plan? SI / NO

Fecha de vacunación Fecha de turno

Firma

Aclaración

DNI