

ANEXO III

**DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LAS
MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA FRENTE AL COVID-19**

D./D.^a _____,

con el siguiente domicilio a efecto de notificaciones en:

_____ y provisto/a del

DNI.: _____, con nº de teléfono _____

DECLARA, que de acuerdo con el deber que le imponen el artículo 4 del Real Decreto- Ley 21/220, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, así como las medidas preventivas acordadas por las autoridades sanitarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19:

- No presenta síntomas compatibles con la COVID-19 (como tos aguda, dificultad respiratoria, temperatura > 37'5°, diarrea, etc), no se encuentra en período de aislamiento por habersele diagnosticado la enfermedad, ni está en período de cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas o diagnosticada de la COVID-19.
- El asistente deberá notificar a la entidad organizadora cualquier síntoma compatible con el COVID 19 durante la actividad y en los 2 días posteriores a la misma, activándose así el protocolo estipulado. Mediante la vía: iedtpersonal@dipucadiz.es
- Si bien la entidad organizadora pone en marcha todos los medios disponibles para velar por la seguridad de todos los integrantes, pero reconoce que ello no asegura el 100% de fiabilidad ante casos de contagios. Por lo tanto, no se podrán exigir responsabilidades ni al centro ni a la entidad organizadora en caso de contagio.
- El asistente autorizará la cesión de sus datos de contacto para la gestión sanitaria de posibles contactos estrechos ante las autoridades sanitarias correspondientes.
- Que, durante su permanencia en las instalaciones del Centro en el que ha sido convocado, cumplirá con las instrucciones de seguridad relativas al COVID-19 que se relacionan a continuación, siendo ésta una relación de medidas preventivas no exhaustiva, que se completará, en su caso, con las indicaciones que aporte en cada momento el personal de la organización.

Código Seguro De Verificación:	wjc7H0Lmp67y5NRNeQdisw==	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Ana Belén Carrera Armario	Firmado	12/02/2021 20:47:43
	Tamara Muñoz Pinto	Firmado	12/02/2021 20:07:16
Observaciones		Página	17/18
Url De Verificación	https://sede.dipucadiz.es/verifirma/code/Wjc7H0Lmp67y5NRNeQdisw==		



El asistente se compromete a:


1. Al entrar en el aula se utilizará el gel hidroalcohólico existente en la entrada y se entregará el presente documento cumplimentado y firmado a fecha de examen.
2. Utilizar en todo momento la mascarilla de seguridad, salvo los casos previstos en la normativa acreditados por personal facultativo.
3. Mantener una distancia de seguridad de 1,5 metros con el resto de los compañeros.
4. Seguir estrictamente las indicaciones del personal del centro.
5. Usar el cuarto de aseo siguiendo las pautas de uso marcadas en el centro.
6. Utilizar pañuelos o, en su defecto, el antebrazo al toser o estornudar.
7. Utilizar pañuelos desechables para eliminar secreciones respiratoria y depositarlos en los contenedores disponibles en aulas y baños.
8. No permanecer en pasillos y zonas comunes, ni esperar a los compañeros en el interior del centro.
9. Acceder al centro sin acompañantes y con el material imprescindible para el desarrollo de la actividad.

En caso contrario, asume toda la responsabilidad derivada de dicho incumplimiento. Y para que conste, a los efectos oportunos,

En _____, a _____ de _____ de 2020

Firmado:

DECLARACIÓN RESPONSABLE RELATIVA COVID-19

Código Seguro De Verificación:	wjc7H0Lmp67y5NRNeQdisw==	Estado	Fecha y hora	
Firmado Por	Ana Belén Carrera Armario	Firmado	12/02/2021 20:47:43	
	Tamara Muñoz Pinto	Firmado	12/02/2021 20:07:16	
Observaciones		Página	18/18	
Url De Verificación	https://sede.dipucadiz.es/verifirma/code/Wjc7H0Lmp67y5NRNeQdisw==			