

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VALORACIÓN CLÍNICA

D/D<sup>a</sup>..... con DNI nº  
..... actuando en nombre propio y como alumno/a matriculado en el  
centro educativo ..... en el curso y  
grupo .....

### DECLARA

-Que he sido informado/a de que no debo acudir con síntomas compatibles a la COVID-19 al centro educativo.

-Que habiendo presentado síntomas compatibles en los días anteriores a la fecha de esta declaración, se ha procedido según lo indicado y he sido valorado por un médico de mi servicio de salud.

- Que tras la valoración del cuadro clínico me ha informado que se descarta que los síntomas se deban a infección por SARS-CoV-2.

- Que me encuentro actualmente asintomático.

Y para que conste, firmo el presente documento en:

..... a ..... de..... de 2020

Fdo: D/ Dña.....