

DECLARACIÓN RESPONSABLE ANTE CASOS DE COVID-19

Nombre y apellidos	<input type="text"/>		
Correo electrónico	<input type="text"/>		
DNI	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Centro	<input type="text"/>		
Titulación	<input type="text"/>		

DECLARO responsablemente que

con fecha de de he notificado a la Comunidad de Madrid (900102112) o a mi Centro de Salud, que debo permanecer en aislamiento desde el día

hasta el día , como consecuencia de haber dado resultado positivo en el diagnóstico COVID-19. Por ello solicito el aplazamiento de las siguientes pruebas de evaluación programadas:

curso	asignatura	fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DECLARO responsablemente que esta información es veraz y que APORTARÉ la documentación fehaciente acreditativa tan pronto como sea posible. La inexactitud o falsedad de cualquier información esencial en esta declaración responsable determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio de sus derechos desde el momento en que se tenga constancia, sin perjuicio de las responsabilidades a que hubiera lugar.

En , a de de .

Firma