**DECLARACIÓN RESPONSABLE COVID19 – MENOR DE EDAD**

D. /Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con DNI número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como padre/madre o tutor legal de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ garantizo que durante los 14 días previos a las pruebas de selección:

1. El asistente a las pruebas de selección no presenta sintomatología (ni tos, ni fiebre, ni dificultad de respirar, etc.) que pudiera estar asociada con el COVID 19.
2. Que el asistente no ha estado en contacto estrecho con convivientes, familiares o personas que presentaban síntomas vinculados al COVID 19.

Firma de la madre y/o padre y/o tutor

En , a de del 2020