

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA INGRESAR AL  
 INSTITUTO DE BOTÁNICA DARWINION – CONICET, ANCEFN**

NOMBRE Y APELLIDO: .....

DNI: ..... TELÉFONO: .....

LUGAR DE RESIDENCIA: .....

INVESTIGADOR  TÉCNICO INSTITUCIÓN: .....

ALUMNO  DOCENTE FACULTAD/UNIVERSIDAD: .....

OTRO: .....

**Para ingresar al Instituto Darwinion es preciso contar con algún esquema de vacunación vigente.**

Marcar con una "X" según corresponda	SI*	NO
1. ¿Tiene o ha tenido en los últimos 14 días alguno de los siguientes síntomas?: fiebre, pérdida de olfato/gusto de manera repentina; tos; dolor de garganta; dificultad respiratoria o falta de aire; cefalea; mialgias; diarreas y/o vómitos		
2. ¿Ha viajado fuera del país dentro de los últimos 14 días?		
3. ¿Ha estado en los últimos 14 días en contacto estrecho con personas que sean casos sospechosos o confirmados de COVID-19?		

**\*En caso de respuesta afirmativa a cualquiera de los ítems anteriores, DEBERÁ ABSTENERSE de concurrir al Instituto de Botánica Darwinion e informar la circunstancia a su superior inmediato (investigadores/técnicos) o unidad académica (alumnos/docentes)**

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA SON VERÍDICOS Y ME HAGO RESPONSABLE RESPECTO DE LA VERACIDAD DE LOS MISMOS. ASIMISMO, MEDIANTE LA FIRMA DE LA PRESENTE, ASUMO EL COMPROMISO FORMAL DE INFORMAR DE MANERA INMEDIATA CUALQUIER MODIFICACIÓN DE LOS MISMOS Y/O CUALQUIER MANIFESTACIÓN O SÍNTOMA RELACIONADO CON COVID-19.

Fecha: .....

Firma: .....