**ANEXO 1**

**DECLARACION JURADA DOCENTE RESPONSABLE COVID**

ESCUELA Nº…………………......................................................................................

LOCALIDAD………………………………………………………………………………………………………

FECHA DE VISITA: …………………………………………………………………………………………….

APELLIDO Y NOMBRE:…………………………………………………………………………………….

DNI Nº: …………………………………………………………………………………………………………..

DOMICILIO: ……………………………………………………………………………………………………

LOCALIDAD: …………………………………………………………………………………………………..

CELULAR Nº: ………………………………………………………………………………………………….

CARGO:…………………………………………………………………………………………………………..

POSEE LAS VACUNAS: 1 DOSIS ………… 2 DOSIS …………….. (MARCAR CON X)

DECLARA CONOCER LAS CONDICIONES FIJADAS POR LA ASOCIACION GREMIAL DEL

MAGISTERIO DE ENTRE RIOS PARA PODER REALIZAR LA VISITA AL COMPLEJO

“CARLOS FUNTEALBA” DE LA CIUDAD DE PARANA

……………………………………………….. …………………………………….. ………………………………………….

FIRMA ACLARACION NUMERO DOCUMENTO

**FECHA: PARANA…………/ …………/……..…**