DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE CONOCIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA FRENTE A COVID-19

D./D.ª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio a efecto de notificaciones en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, calle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y provisto/a del DNI.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con nº de teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como padre/madre/tutor legal/tutora legal del alumno/alumna o alumno/a emancipado/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARO RESPONSABLEMENTE:**

Conocer las medidas de salud pública existentes frente a COVID-19, y me comprometo a cumplirlas durante el curso académico 20-21, de forma que evite poner en riesgo mi salud o la de cualquiera de los miembros de la comunidad educativa del C.C.D. María Madre - Politecnos.

En Burgos , a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2020

Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_