

A la atenció de:

Entitat:	GERMANS DE LES ESCOLES CRISTIANES – LA SALLE CATALUNYA
NIF:	R-0800055- F
Centre:	
Adreça:	
Població:	

En/Na						
amb DNI:						
en qualitat de	<input type="checkbox"/>	Pare	<input type="checkbox"/>	Mare	<input type="checkbox"/>	Tutor/a Legal
de l'alumne/a:						
del curs:						

Declaro que és coneedor/a del context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepta les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar per al seu fill/a o tutelat/da. De la mateixa manera, accepta acollir-se a les mesures que siguin necessàries en cada moment segons l'evolució de la pandèmia.

Declaro que accepta que les dades facilitades puguin ser entregades als Serveis Territorials d'Educació, Sanitat Pública, Serveis de Vigilància Epidemiològica Territorials i altres entitats amb la finalitat de fer seguiment i traçabilitat de possibles contactes.

Declaro que ha estat informat/da i està d'acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que s'hagin de dur a terme si apareix un cas amb simptomatologia compatible amb la Covid-19 durant el desenvolupament de l'activitat en el centre.

Declaro que el seu fill o filla o persona tutelada compleix els següents requisits per assistir presencialment al centre:

<input type="checkbox"/>	NO ha estat diagnosticat com cas positiu de la malaltia per la COVID-19 ni presenta símptomes compatibles amb la malaltia (febre, tos, dificultats respiratòries, malestar o diarrees) en els darrers 14 dies.
<input type="checkbox"/>	NO és persona convivent amb un cas confirmat o probable de COVID-19 en els darrers 14 dies.
<input type="checkbox"/>	NO ha estat considerat contacte estret d'un cas positiu confirmat o probable en els darrers 14 dies
<input type="checkbox"/>	NO presenta cap malaltia crònica d'elevada complexitat davant del risc de contagi de la COVID-19 (Malalties respiratòries greus, malalties cardíques greus, malalties que afecten al sistema immunitari, diabetis mal controlada, malalties neuromusculars o encefalopaties moderades o greus) o disposa d'informe mèdic que avala la idoneïtat per assistir presencialment al centre.

De la mateixa manera, es comprometo a vigilar diàriament la salut del seu fill o filla o persona tutelada prenent la temperatura abans de sortir de casa seva i vigilant l'aparició de simptomatologia compatible amb la COVID-19. Amb aquest objectiu s'entregarà un check-list que cal seguir diàriament. En cas de que aparegui febre o símptomes o passi a ser un contacte estret o convivent no podrà assistir al centre i informarà immediatament a la direcció del mateix.

Per a que així consti, es signa aquesta declaració responsable a:

Lloc:		Data:	
-------	--	-------	--

Signatura Pare / Mare / Tutor/a

Els informem que en aplicació del que disposa la normativa de protecció de dades personals (Reglament (UE) 2016/679 de 27 d'abril de 2016 i Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals), les dades que aquí es recullen seran utilitzades únicament per a garantir la salut dels nostres empleats i demés persones que es trobin a les nostres Instal·lacions. Només podran ser revelades en cas de requeriment judicial o d'una autoritat pública. El nostre principal objectiu és la protecció de la salut i evitar contagis en el si de l'empresa i / o centres de treball.

