

DECLARACIÓ DE L'ALUMNE

Nom i cognoms de l'estudiant

Núm. de DNI

- MANIFESTO:
1. Que he rebut la informació sobre els riscos inherents a la meva activitat i sobre les mesures de protecció que he d'adoptar, específicament les recomanacions de les autoritats sanitàries relacionades amb la COVID-19.
 2. Que no formo part de cap dels col·lectius vulnerables a la COVID-19, establerts pel Ministeri de Sanitat (principalment, les persones de més de seixanta anys, les persones amb malalties cardiovasculars, inclosa la hipertensió, malalties pulmonars cròniques, diabetis, insuficiència renal crònica, immunodeficiències, càncer amb tractament actiu, malaltia hepàtica severa, obesitat mòrbida (IMC > 40) i les dones embarassades).
 3. Que tinc coneixement i accepto que, en cap cas, no puc fer formació presencial si presento simptomatologia compatible amb la COVID-19 o si convisc o he estat en contacte estret els darrers catorze dies amb persones amb símptomes, fins que acabi el termini de seguretat recomanat per les autoritats sanitàries.

I, perquè consti, signo aquest certificat.

Localitat, data

Signatura