

Declaración Jurada Sanitaria

Completar la presente Declaración Jurada 24 horas previas al turno solicitado para asistir a cualquiera de los Organismos de este Poder Judicial.

1) ¿Tiene / tuvo en los últimos 14 días indicación de aislamiento ó ha sido estudiado por algún efector de salud en relación a COVID-19, no contando a la fecha con el alta médica?

(Tachar/~~Borrar~~ lo que no corresponda).

2) ¿Tiene / tuvo en los últimos 14 días fiebre y/o algún síntoma respiratorio (tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, pérdida del olfato o del gusto), dolor de cabeza, diarrea y/o vómitos?

(Tachar/~~Borrar~~ lo que no corresponda).

3) En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19?

(Tachar/~~Borrar~~ lo que no corresponda).

4) ¿Tuvo neumonía o estuvo internado por afección respiratoria en el último mes?

(Tachar/~~Borrar~~ lo que no corresponda).

5) ¿Estuvo en otra localidad en los últimos 14 días?

(Tachar/~~Borrar~~ lo que no corresponda).

En caso afirmativo, indique localidad/es:

En caso de responder "SI" en al menos una de las preguntas 1 a 4, NO PODRÁ concurrir al turno y deberá reprogramarlo por los mismos canales utilizados para su solicitud.

Declaro, en el marco del Decreto Nacional de Emergencia Sanitaria y Decreto Provincial de Emergencia Sanitaria, ante la autoridad pública y BAJO JURAMENTO la veracidad de la totalidad de respuestas brindadas precedentemente. Declaro comprender que para circular es obligatorio realizarlo con todos los elementos de protección personal, cumpliendo normas de distanciamiento social dentro y fuera del vehículo así como en las instalaciones del Poder Judicial donde asistiré. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO ENTIENDO QUE CORRESPONDE APLICACIÓN DE LA SANCIÓN ESTABLECIDA en el Código Penal de la Nación, art. 202, 203, 205 "propagación de enfermedades: peligrosas y contagiosas", (multa hasta pesos cien mil y prisión hasta cinco años).

Fecha: / /

DATOS DE LA PERSONA QUE INGRESA

Firma:

Aclaración:

DNI:

Domicilio:

DATOS DEL FIRMANTE (En caso de actuar en representación)

Firma:

Aclaración:

DNI:

Domicilio:

Carácter -madre/padre, tutor, curador, otro (especificar):