**DECLARACIÓN JURADA A SER COMPLETADA Y FIRMADA POR QUIENES PARTICIPAN EN ACTIVIDADES DE RECREACIÓN Y DEPORTES EN LA SEDE RAMSAY DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD, Y, EN CASO DE CORRESPONDER, POR ASISTENTE, MADRE, PADRE, O REPRESENTANTE LEGAL, CON EL FIN DE MINIMIZAR RIESGOS DE CONTAGIO POR COVID-19.**

Declaro bajo juramento que los datos que consigno en este formulario son reales y completos sin omitir ni falsear ninguno.

Asimismo, declaro bajo juramento entender y aceptar los términos para acceder a las actividades de recreación y deportes de la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD:

1. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas compatibles con infección por Coronavirus COVID-19?

**Seleccione una opción.**

Fiebre (37.5 grados o más): Sí / No:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dolor de garganta: Sí / No:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tos: Sí / No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dificultad para respirar: Sí / No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marcada pérdida del gusto: Sí / No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marcada pérdida del olfato: Sí / No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*2.* ¿Tuvo contacto estrecho con un caso sospechoso y/o confirmado de COVID-19?

Un contacto estrecho es cuando una persona estuvo a menos de 2 metros de distancia de un caso sospechoso y/o confirmado durante 15 minutos o más, o durante las 48 horas anteriores al comienzo de los síntomas.

**Seleccione una opción.**

Sí / No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.Cumpliré los protocolos, recomendaciones, lineamientos e indicaciones que la AGENCIA dispuso, o disponga más adelante, para prevenir el contagio de Covid-19:

**Seleccione una opción.**

Sí / No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Usaré mi propio barbijo, evitaré tocarlo una vez colocado; me lavaré frecuentemente las manos y/o me pondré solución sanitizante (alcohol diluido al 70% o alcohol en gel); no compartiré la misma comida, bebida, ni mate; y mantendré una distancia social de dos metros respecto de otras personas.

**Seleccione una opción.**

Sí / No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Respetaré los espacios y horarios que la AGENCIA autorice para la realización de actividades de recreación y deportes, cumpliendo las indicaciones del/a profesor/a a cargo.

**Seleccione una opción.**

Sí / No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Conozco la recomendación de la Agencia Nacional de Discapacidad de asistir con vehículo personal, de un/a familiar, de un/a allegado/a o en transporte institucional, para evitar el uso del transporte público.

**Seleccione una opción.**

Sí / No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asimismo, declaro bajo juramento que si presento dos o más síntomas compatibles con infección por Coronavirus COVID-19, y/o mantuve contacto estrecho con casos sospechosos y/o confirmados, me comunicaré telefónicamente al 107 (si vivo en Ciudad Autónoma de Buenos Aires) o al 148 (si vivo en Provincia de Buenos Aires), como indica el MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN.

Además, daré inmediato aviso al personal de la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD, enviando un correo electrónico a deportes@andis.gob.ar, o telefónicamente a los números (011) 4789-5360/61, o al servicio de videollamada (011) 5728-4011 dispuesto para personas sordas e hipoacúsicas.

**Cuidarnos es responsabilidad de todos y todas.**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de ser necesaria la firma de asistente, madre, padre, o representante legal, aclarar vínculo y agregar al costado los datos de quien firma.

Completar en caso de que corresponda:

En caso de necesitar apoyo para leer y/o comprender algún punto del documento y/o firmar, ¿contó con un/a asistente y/o personal de la Andis para brindárselo y poder dar consentimiento?

**Seleccione una opción.**

Sí / No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Video reapertura de las actividades recreativas, deportivas y físicas de la ANDIS

