



Declaración responsable MEDIDAS SANITARIAS COVID-19

D./ Dña.
....., con
DNI número, participante en las pruebas de
Ingreso de Personal Laboral Indefinido de fecha **12 de septiembre de 2021**, que
se desarrollan en la sede de

DECLARO:

1. Que conozco las medidas de prevención (entre otras el uso obligatorio de mascarilla y distanciamiento social) para evitar la transmisión del Covid19, medidas que son de obligado cumplimiento para acceder a las sedes donde se realicen las pruebas selectivas, y me comprometo a cumplir y seguir estrictamente dichas medidas preventivas, así como aquellas que sean indicadas por el personal organizador de la prueba.

2. Me comprometo a no acudir a la sede de examen en caso de estar diagnosticado/a en el momento actual de infección activa por COVID-19, tener o haber tenido en los últimos diez días síntomas compatibles con COVID-19 (tos, fiebre, dificultades respiratorias, etc.) o haber estado en contacto estrecho con una persona diagnosticada o con síntomas de infección activa por COVID-19 y estar actualmente guardando cuarentena.

Para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en....., a 12 de septiembre de 2021.