



MUNICIPALIDAD DE POZO DEL MOLLE

San Martín 247 - 5913 - Pozo del Molle - Córdoba
Tel: (0353) 4868357
Web: www.pozodelmolle.gob.ar
e-mail: munipozodelmolle@gmail.com - intendentepozodelmolle@gmail.com



ANEXO VI

DECLARACIÓN JURADA PARA PROFESIONALES LIBERALES EN LAS ACTIVIDADES EXCEPTUADAS EN EL ARTÍCULO 5° DEL DECRETO N° 59/20 Y SUS DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS, EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR EL VIRUS COVID-19.

En la localidad dea losdías del mes de.....del año 2020, quien subscribe.....CUIL / CUIT.....con domicilio real en calle.....de la localidad deProvincia de Córdoba, teléfono celular numero.....y dirección de correo electrónico....., en mi carácter de responsable / titular / dueño de la firma / comercio / establecimiento / obra privada ubicada en callenumero.....de la localidad de.....Provincia de Córdoba, DECLARO BAJO JURAMENTO:

- Que se han implementado los protocolos sanitarios determinados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.
- Que se han adoptado la totalidad de las recomendaciones e instrucciones sanitarias y de seguridad determinadas por las autoridades tanto nacionales como provinciales, a los fines de prevenir y minimizar el riesgo de contagio del coronavirus COVID-19 en el rubro correspondiente a la actividad/servicio exceptuada que aquí se desarrolla.
- Que he recibido las Declaraciones Juradas de los trabajadores de la firma/establecimiento.
- Que no he manifestado síntomas compatibles con COVID-19: tos; fiebre; dolor de garganta; dificultad respiratoria; disgeusia (pérdida del gusto); anosmia (pérdida del olfato); en los últimos catorce (14) días.
- Que ante la primer sospecha de padecer alguno/s de los síntomas compatibles con COVID-19, asumo la obligación de no asistir a mi trabajo, aislarme preventivamente

LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA TIENE UNA VALIDEZ DE CATORCE (14) DÍAS CORRIDOS DESDE SU CONFECCIÓN, DEBIENDO EL DECLARANTE RECONFIRMAR SU CONTENIDO VENCIDO DICHO PLAZO O REALIZAR UNA NUEVA.

en forma inmediata y comunicar tal circunstancia al número telefónico 911.

FIRMA.....
ACLARACIÓN.....
DNI N°.....