

MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE COVID-19

El abajo firmante, participante en las pruebas selectivas para ingreso en el Cuerpo de Gestión de la Administración de la Seguridad Social, convocadas por Resolución de 6 de mayo de 2021,

DECLARA:

Que no presenta sintomatología compatible con la COVID-19, no tiene diagnosticada la enfermedad y no está en periodo de aislamiento o de cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas o diagnosticada de la COVID-19.

Que durante su permanencia en las instalaciones del Centro en el que ha sido convocado cumplirá con las instrucciones de seguridad relativas al COVID-19, que se relacionan a continuación, siendo esta una relación de medidas preventivas no exhaustiva, que se completará con las indicaciones que aporte en cada momento el personal de la organización:

1. Al entrar en el aula utilizará el gel hidroalcohólico existente en la entrada y entregará el presente documento cumplimentado y firmado.
2. En todo momento utilizará mascarilla de seguridad, preferentemente FFP2 o equivalente.
3. Mantendrá la distancia de seguridad con el resto de los aspirantes.
4. Seguirá estrictamente las indicaciones del personal del centro.
5. Usará el cuarto de aseo siguiendo las pautas que se le indiquen.
6. Usará el antebrazo al toser o estornudar.
7. No permanecerá en pasillos y zonas comunes, ni esperará a los compañeros en el interior del centro.
8. Accederá al centro sin acompañantes y con el material imprescindible para el desarrollo del examen.

Al objeto de que el Tribunal pueda comunicar cualquier incidencia se debe consignar los siguientes datos:

Correo electrónico:

Teléfono de contacto (preferiblemente móvil):

Apellidos y nombre:

DNI:

Firma