

Don/a, \_\_\_\_\_, con DNI/NIE \_\_\_\_\_, y domicilio en \_\_\_\_\_,

**DECLARO,**

No haber sido diagnosticado de COVID19, ni he tenido contacto directo con ninguna persona enferma de COVID19 durante los últimos 14 días.

No he tenido síntomas relacionados con el COVID19 en los últimos 8 días, ni estoy requerido por las autoridades nacionales y locales para guardar cuarentena en estos momentos.

Para que conste, firmo la presente declaración en \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

Firmado, \_\_\_\_\_