



IMPRESO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE COVID

Don/Doña					
con DNI/NIE/PASAPORTE					
Como padre		, madre		, tutor	o representante legal
Don/Doña					
con DNI/NIE/PASAPORTE					
Como padre		, madre		, tutor	o representante legal

Del/la alumno/a					
Eta		Nivel		Grupo	DNI

DECLARA

Su compromiso para comprobar que el alumno/a señalado no cuenta con sintomatología compatible con COVID antes de acceder al colegio (ver síntomas compatibles a continuación):

Fiebre / Tos seca
Cansancio
Dolor de garganta / Dolor de cabeza
Pérdida del sentido del olfato o del gusto
Erupciones cutáneas o pérdida del color en los dedos
Dificultad para respirar o sensación de falta de aire
Dolor o presión en el pecho
Incapacidad para hablar o moverse
Otros de los que informarán las autoridades sanitarias.

En base a ello, **adquirimos el compromiso de no llevar al alumno/a al centro y avisar al mismo de la situación y sintomatología encontrada** que justifica dicha ausencia, responsabilizándonos de llevar al niño/a con **una mascarilla puesta y dos de repuesto**.

En _____, a ____ de _____ de _____

Firmado:

Firmado:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Viceconsejería de Educación Universidades e Investigación. **Finalidad:** Gestión administrativa y educativa del alumnado de centros docentes de Castilla-La Mancha. **Legitimación:** Cumplimiento de una obligación legal / Ejercicio de poderes públicos (Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación; Ley 7/2010, de 20 de julio, de Educación de Castilla-La Mancha). **Destinatarios:** Existe cesión de datos. **Derechos:** Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. **Información adicional:** <https://rat.castillalamancha.es/>. También puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es