



## DECLARACIÓN RESPONSABLE COVID-19

El abajo firmante, participante en las pruebas selectivas para ingreso en la Escala de Médicos Inspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social, convocadas por Resolución de 9 de marzo de 2021, de la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad (BOE de 18 de marzo de 2021),

### DECLARA:

- No presentar sintomatología compatible con la enfermedad Covid 19, ni haber estado en contacto directo con persona confirmada o probable de Covid 19 en los últimos 10 días.

- Que durante la permanencia en el Centro de Formación de Pozuelo, en el que ha sido convocado, cumplirá las instrucciones de seguridad relativas al Covid 19 que se relacionan a continuación, siendo ésta una relación de medidas preventivas, no exhaustivas, que se completará con las indicaciones que aporte en cada momento el personal de la organización:

1. Al entrar al aula, entregará el presente documento.
2. Utilizará mascarilla de seguridad, salvo casos previstos en la normativa, que deberá ser acreditada por personal facultativo.
3. Mantendrá la distancia de seguridad en todo momento.
4. Usará el cuarto de aseo siguiendo las indicaciones que se le den.
5. Usará el antebrazo para cubrir la boca al toser o estornudar.
6. No permanecerá en pasillo ni zonas comunes, ni esperará a compañeros en el interior del centro.

Para que el Tribunal pueda comunicarle cualquier incidencia relativa al proceso selectivo, señala los siguientes puntos de contacto (cumplimentación obligatoria):

Correo electrónico:

Teléfono:

D./Dña:.....

DNI: .....

Firma: