A l’atenció de:

|  |  |
| --- | --- |
| Entitat: | GERMANS DE LES ESCOLES CRISTIANES – LA SALLE CATALUNYA |
| NIF: | R-0800055- F |
| Centre: |  |
| Adreça: |  |
| Població: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| En/Na |  |
| amb DNI: |  |
| en qualitat de |[ ]  Pare |[ ]  Mare |[ ]  Tutor/a Legal |
| de l’alumne/a: |  |
| del curs: |  |

Declara que és coneixedor/a del context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepta les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar per al seu fill/a o tutelat/da i per si mateix/a. De la mateixa manera, accepta acollir-se a les mesures que siguin necessàries en cada moment segons l’evolució de la pandèmia.

Declara que accepta que les dades facilitades puguin ser entregades als Serveis Territorials d’Educació, Sanitat Pública, Serveis de Vigilància Epidemiològica Territorials i altres entitats amb la finalitat de fer seguiment i traçabilitat de possibles contactes.

Declara que ha estat informat/da i esta d’acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que s’hagin de dur a terme si apareix un cas amb simptomatologia compatible amb la Covid-19 durant el desenvolupament de l’activitat en el centre.

Declara que el seu fill o filla o persona tutelada així com ella mateixa compleix els següents requisits per assistir presencialment al centre:

|  |
| --- |
|[ ]  NO té la malaltia per la COVID-19 ni presenta símptomes compatibles amb la malaltia (febre, tos, dificultats respiratòries, malestar o diarrees) en els darrers 10 dies. |
|[ ]  NO és persona convivent amb un cas confirmat o probable de COVID-19 en els darrers 10 dies. |
|[ ]  NO ha estat en contacte estret amb un cas positiu confirmat o probable ens els darrers 10 dies |
|[ ]  NO presenta cap malaltia crònica d’elevada complexitat davant del risc de contagi de la COVID-19(Malalties respiratòries greus, malalties cardíaques greus, malalties que afecten al sistema immunitari, diabetis mal controlada, malalties neuromusculars o encefalopaties moderades o greus) o disposa d’informe mèdic que avala la idoneïtat per assistir presencialment al centre. |

De la mateixa manera, es compromet a vigilar diàriament la salut del seu fill o filla o persona tutelada i de si mateixa prenent la temperatura abans de sortir de casa seva i vigilant l’aparició de simptomatologia compatible amb la COVID-19. En cas de que aparegui febre o símptomes o passi a ser un contacte estret o convivent no podrà assistir al centre i informarà immediatament a la direcció del mateix.

Per a que així consti, es signa aquesta declaració responsable a:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lloc: |  | Data: |  |

|  |
| --- |
| Signatura Pare / Mare / Tutor/a |
|   |

Els informem que en aplicació del que disposa la normativa de protecció de dades personals (Reglament (UE) 2016/679 de 27 d'abril de 2016 i Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals), les dades que aquí es recullen seran utilitzades únicament per a garantir la salut dels nostres empleats i demés persones que es trobin a les nostres Instal·lacions. Només podran ser revelades en cas de requeriment judicial o d´una autoritat pública. El nostre principal objectiu és la protecció de la salut i evitar contagis en el si de l'empresa i / o centres de treball.