



## DECLARACIÓN RESPONSABLE FRENTE AL COVID-19

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 2021

D./Dña. \_\_\_\_\_ con DNI número \_\_\_\_\_

declaro responsablemente que:

1.- En el momento de mi presencia en la XXV Reunión Clínica Internacional de Dermatología 2021 no presento síntomas compatibles con la enfermedad COVID-19 (fiebre, tos seca, dificultad para respirar, diarrea, etc.)

2.- En los 15 días previos a la fecha de mi presencia en la XXV Reunión Clínica Internacional de Dermatología 2021, no he tenido ningún contacto estrecho con personas que hayan sido declarados casos confirmados, probables o posibles de COVID19.

3.- He recibido información sobre las medidas preventivas a tomar en mi presencia en la XXV Reunión Clínica Internacional de Dermatología 2021 y me comprometo a cumplirlas.

4.- He realizado test de antígenos / PCR dentro de las 48 h. anteriores a mi presencia en la XXV Reunión Clínica Internacional de Dermatología 2021 siendo el resultado negativo.

5.- En caso de presentar síntomas durante mi presencia en la XXV Reunión Clínica Internacional de Dermatología 2021 o durante cinco días después, actuaré conforme a las medidas impuestas por el Ministerio de Sanidad, consejería de la CCAA u otras autoridades competentes, adjuntando copia de esta declaración, e informaré de ello a la secretaría técnica de la XXV Reunión Clínica Internacional de Dermatología.

Y para que así conste, firmo la presente declaración.

\_\_\_\_\_  
Fdo. D./Dña.