

Yo, D/D^a. [NOMBRE Y APELLIDOS], mayor de edad, con DNI/NIE/Pasaporte [DNI/NIE/PASAPORTE]:

declaro responsablemente que [MARCAR]:

a) UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA HA CONFIRMADO MI POSITIVO POR COVID-19 (ADJUNTO INFORME)

b) TENGO SÍNTOMAS COMPATIBLES CON LA COVID-19 Y ESTOY EN CUARENTENA VOLUNTARIA.

c) ESTOY EN CUARENTENA POR SER CONVIVIENTE DE UN POSITIVO.

d) ESTOY EN CUARENTENA POR HABER SIDO CONTACTO CERCANO DE UN POSITIVO.

y por ello, renuncio a realizar la prueba de evaluación presencial de la asignatura [NOMBRE ASIGNATURA] del día [DÍA] de [MES] de 2020, y acepto el método de evaluación que decida el coordinador de la asignatura.

Con la firma de este documento, asumo toda la responsabilidad administrativa y disciplinaria que pudiera derivarse de la falsedad de lo declarado.

Ponga aquí el DNI antes de fotografiar la hoja, dejando visible la fotografía, la firma y los 4 últimos dígitos del DNI

Fecha y firma