



ANEXO I

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D^a/D.

con DNI número.....participante en las pruebas selectivas para el ingreso en Centros Docentes Militares, que se desarrollan en la sede de.....

DECLARA,

presentar sintomatología compatible con COVID-19.

haber tenido sintomatología relacionada con COVID-19 (tos, fiebre, dificultad respiratoria, pérdida de gusto y/o apetito, etc.) en los últimos 10 días.

haber estado en contacto directo con personas enfermas con COVID-19 o con los síntomas descritos anteriormente en los últimos 10 días.

Que **CUMPLIRÁ** durante la realización de las pruebas de acceso al Centro Docente Militar, las instrucciones de seguridad relativas al COVID-19 que se le indiquen a lo largo del proceso selectivo.

Firma y fecha.