



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Vicerrectorado de Ciencias de la Salud,
Gestión de la Calidad y Política Académica

DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA ESTUDIANTES QUE SE INCORPORAN A LAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS PRESENCIALES UNA VEZ FINALIZADO EL PERÍODO DE AISLAMIENTO O CUARENTENA ESTABLECIDO PARA LA COVID-19

DON/DOÑA, _____ con DNI

Mail _____, Teléfono _____

Estudiante de _____ Curso _____

Facultad/Escuela/Instituto _____

MANIFIESTO/DECLARO que con fecha de _____ he recibido el alta por (médico, rastreador, etc...) _____ después de (número) _____ días de aislamiento/cuarentena que comenzó el día _____ del mes de _____ de 20____.

DECLARO que dicha información es veraz

AUTORIZO el uso de los datos personales facilitados a la Universidad de Salamanca, con fines estrictamente académicos y de salud pública.

En _____ a _____ de _____ de 20____.

Fdo.: _____