Declaración de afectado COVID-19

|  |
| --- |
| D./Dña.: |
| D.N.I: |
| Teléfono: |
| Correo de la UPM: |

Declaro encontrarme en alguna de las circunstancias o padecer alguna de las situaciones producidas por el Covid19:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Diagnóstico Covid19 |
|  | Aislamiento domiciliario |
|  | Síntomas leves a la espera de PCR |
|  | Contacto estrecho con alguien con covid19 |
|  | Cuarentena |
|  | Otras: |

Por lo tanto no podré realizar los siguientes exámenes:

|  |  |
| --- | --- |
| **Asignaturas** | **Fecha de examen** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Adjunto documento justificativa de esta situación.

Esta declaración es voluntaria y solo podrá ser usada con el efecto exclusivo de activar los protocolos de actuación y seguimiento de la Covid 19.

Firma:

Fecha: