**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE COVID-19**

La existencia de esta declaración jurada fue informada previamente a toda la comunidad y debe ser completada en forma obligatoria antes de ingresar a la Escuela de Cine de Chile, en el contexto de la política de prevención de contagio de Covid-19 implementada por el Ministerio de Salud y comunicada e implementada por la Escuela de Cine de Chile, a fin de que se adopten las medidas preventivas pertinentes.

Me comprometo a observar, respetar y cumplir todas las medidas de prevención del contagio del virus SARS-COV 2 (Coronavirus / Covid-19) y que, desde el inicio de la emergencia sanitaria declarada en el territorio nacional, la Escuela de Cine de Chile ha informado a sus colaboradores y estudiantes mediante los canales oficiales de comunicación y contenida en la página web de la institución. [https://educacionsuperior.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/49/2021/10/Protocolo-ES-OCTUBRE-2021.pdf](https://educacionsuperior.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/49/2021/10/Protocolo-ES-OCTUBRE-2021.pdf%20) en concordancia con los lineamientos entregados por la autoridad sanitaria.

**A continuación se solicita completar esta declaración simple:**

Nombres y Apellidos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del lugar donde reside actualmente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de integrantes de su grupo habitacional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación con integrantes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.- En estas últimas 3 semanas usted ha tenido contacto estrecho o directo con personas con COVID-19

SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.- Usted cree o supone que en el último mes ha estado en algún tipo de contacto con personas con COVID-19. SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.- Alguna persona de su entorno familiar o amigo ha presentado síntomas COVID-19

SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_la siguiente declaración jurada simple con fecha Día\_\_\_\_Mes\_\_\_\_202\_.