**DECLARACIÓN JURADA**

**(DDJJ – Res. SENASA Nro. 346/2020)**

(En caso de existencia de caso confirmado de COVID-19, sospechoso o en aislamiento social en cumplimiento)

D./Da. ................................. *(nombre y apellido)*, con Documento Nacional de Identidad N°.......................... con domicilio real en calle............................. de ............................... *(Localidad/Partido/Provincia*), en carácter de ............................. *(propietario/responsable/representate legal de la habilitación y/o registración sanitaria)* del ................................................ *(establecimiento, terminal, feria, mercado, galpón, barrera fitozoosanitarias, pasos fronterizos terrestres, puerto o aeropuerto)* sito en calle ...........................................................*. (domicilio del establecimiento, terminal, feria, mercado, galpón, barrera fitozoosanitarias, pasos fronterizos terrestres, puerto o aeropuerto)* de ........................................... *(Localidad/Partido/Provincia).*

**DECLARO BAJO JURAMENTO**, en los términos del Artículo 2° incisos a) y b) de la Res. SENASA Nro. 346/2020) que:

1.- ........................... *(consignar caso confirmado de COVID-19, sospechoso o en aislamiento social en cumplimiento y la nómina de personas que estuvieron en contacto estrecho con el caso afectado, según los criterios para la Definición de Casos establecidos por el MINISTERIO DE SALUD de la Nación).*

2.- ................................... *(consignar las acciones de seguridad e higiene y de organización de la asistencia (cartelería formativa e informativa, contactos de emergencia a la vista, orientación hacia salas de atención, entre otros aspectos previstos por la legislación en materia de seguridad e higiene) y consignar qué tipo de control sintomático en el ingreso realiza, forma de manejo de caso sintomático y protección personal).*

Para que así conste y a sus efectos, firmo la presente declaración jurada en ............................. *(Lugar: Localidad y Provincia)* a ...... de ......................de*...............(Fecha: debe ser inmediata al conocimiento del caso confirmado de COVID-19, sospechoso o en aislamiento social en cumplimiento).*

FIRMA *(el/los propietario/s y/o responsable/s de la habilitación y/o registración sanitaria, o su/s representante/s legal/es).*