



CENTRO DE OPERACIONES DE EMERGENCIAS

COE BELL VILLE

COVID-19

FORMULARIO N° 2

OBRAS PRIVADAS.-
S / D

BELL VILLE/...../.....

SOLICITUD de PERMISO
En el marco de la emergencia sanitaria por el virus COVID-19
PROFESIONALES LIBERALES

ARQUITECTO - INGENIERO - AGRIMENSOR - M.M.O y Técn. en CONSTRUCCIONES

Están exceptuados las personas mayores de 60 años y que estén comprendidos en grupos de riesgo

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres

N° de CUIL o DNI Edad

Domicilio Real Tel. Celular

Título Profesional Matrícula prof.

DATOS SOBRE SALUD

Usted ha padecido alguno de estos síntomas en los últimos 14 días?

(Marque con una cruz lo que corresponda)

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| SI | NO | | SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor muscular |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de garganta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escalofríos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida reciente del olfato o el gusto |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Temblores y escalofríos que no ceden | | | |

DATOS DEL ESTUDIO / OFICINA PARTICULAR

Domicilio Estudio / Oficina

Teléfono Fijo

Cantidad de personas empleadas en el Estudio

Cantidad de personas asociadas al Estudio

Días y Horarios de trabajo

La presente Declaración Jurada tiene una validez de 14 días corridos desde su confección, pudiendo reconfirmar su contenido vencido dicho plazo o realizar una nueva.

El Profesional firmante tiene conocimiento de los protocolos sobre "Obras Privadas" y "Profesionales Liberales" confeccionados por el COE central de la Provincia de Córdoba, que ante la primera sospecha de padecer alguno de los síntomas compatibles con COVID-19, asumo la obligación de no asistir a mi trabajo, aislarme preventivamente en forma inmediata y comunicar tan circunstancia al número telefónico 103.

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son correctos y completos sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

FIRMA Y SELLO
PROFESIONAL

