**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

COLEGIO:

TRABAJADOR:

Datos de contacto (del trabajador o familiar de contacto):

* Teléfono:
* Dirección de correo:

Don/Doña ….., mayor de edad, con DNI número …. con los datos de contacto que figuran en el encabezamiento del presente escrito, como trabajador de ese centro educativo,

**DECLARA**

Primero.- Que desde el día … de ……………. del actual, se encuentra en situación de incapacidad temporal por encontrarse con síntomas que le impiden la asistencia al puesto de trabajo siguiendo las recomendaciones actuales emitidas por los servicios sanitarios.

Segundo.- Que a la fecha no ha sido emitido el parte correspondiente de baja por enfermedad común por la sanidad pública, habiendo realizado todos los trámites necesarios para obtener el mismo.

Tercero.- Que transcurridos 7 días a contar desde la fecha de los síntomas me incorporaré a mi puesto de trabajo, salvo que mi estado de salud me lo impida, de lo que daré cumplida información a través de la presentación de los documentos que procedan. La fecha de incorporación prevista será el … de …. del actual.

Y para que conste firmo la presente en … a… de … de 2022

El trabajador/a

Fdo. ….