

**DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA ESTUDIANTES QUE SE INCORPORAN A LAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS PRESENCIALES UNA VEZ FINALIZADO EL PERÍODO DE AISLAMIENTO O CUARENTENA ESTABLECIDO PARA LA COVID-19**

**DON/DOÑA,** \_\_\_\_\_ **con**  
**DNI** \_\_\_\_\_ **Mail** \_\_\_\_\_,  
**Teléfono** \_\_\_\_\_, **estudiante de** \_\_\_\_\_ **curso de Grado/Máster** (táchese lo que no procesa) **en** \_\_\_\_\_ **en la Facultad de Enfermería y Fisioterapia/Extensión Docente de Jerez** (táchese lo que no proceda) **de la Universidad de Cádiz.**

**MANIFIESTO/DECLARO** que con fecha de \_\_\_\_\_ he recibido el alta por médico/rastreador (táchese lo que no proceda) después de (número) \_\_\_\_\_ días de aislamiento/cuarentena que comenzó el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

**DECLARO** que dicha información es veraz,

**AUTORIZO** el uso de los datos personales facilitados a la Facultad de Enfermería y Fisioterapia, con fines estrictamente académicos y de salud pública.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

**Remitir firmado con Certificado digital a [decanato.enfermeriayfisioterapia@uca.es](mailto:decanato.enfermeriayfisioterapia@uca.es)**