**Declaración de ingreso a labores**

Por medio de mi firma, declaro que en los últimos 14 días previos a esta fecha, yo no he:

* Sido declarado como caso confirmado de COVID-19.
* Experimentado síntomas comúnmente asociados a COVID-19.
* Estado a sabiendas en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19.
* Sido declarado en cuarentena por viaje u otro motivo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha | Nombre completo | N° de RUT o pasaporte | Correo electrónico o medio de contacto | Firma |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |