Quien suscribe (1)……………………………………………………………DNI……………….., declaro bajo juramento que me encuentro comprendido dentro de la/s siguiente/s Categoría/s, según los requerimientos sanitarios en el entorno de Covid- 19 que figuran al pie: **(marque con una “X” la/s Categoría/s en la que se encuentra comprendido. Podrá elegir simultáneamente Categoría A y B o Categoría B y C):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categoría A:** Poseo alguna de las siguientes condiciones de vulnerabilidad | **A.1. mayor de 60 años** |  |
| **A.2. Embarazada**  |  |
| **A.3. Grupo de riesgo**  | A.3.1. Enfermedad respiratoria crónica: enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, bronquiectasias, fibrosis quística y asma moderado o severo |  |
| A.3.2. Enfermedad cardíaca: Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, valvulopatías y cardiopatías congénitas |  |
| A.3.3. Inmunodeficiencia (de cualquier tipo) |  |
| A.3.4. Paciente oncohematológico |  |
| A.3.5. Diabetes |  |
| A.3.6. Insuficiencia renal avanzada |  |
| A.3.7. Obesidad mórbida (más de 40 IMC) |  |
| **Categoría B:**  | Poseo hijos menores a cargo, que concurren a establecimientos educativos de nivel secundario, primario, jardín maternal y/o guardería, cuyas clases se encuentran suspendidas por situación de COVID19. |  |
| **Categoría C:** | No estoy comprendido en ninguna de las condiciones de vulnerabilidad enunciadas en la categoría A. |  |



 **Aclaración**

**Firma**

Referencias:

1. Nombre y Apellido completo del estudiante