
Quien suscribe la presente.....

DNI..... con domicilio en la calle.....

Tel..... bajo declaración jurada doy fe que en los últimos 14 días no he tenido síntomas compatibles con COVID 19 ni he sido contacto estrecho de un tercero diagnosticado POSITIVO para COVID 19.

Asimismo, acepto que se me tome la temperatura corporal al momento de mi presencia en la entidad Directores Argentinos Cinematográficos (DAC) cita en la calle Vera 559 CABA.

La falsedad de los datos que manifiesto en la presente me hará pasible de asumir las consecuencias legales que la normativa vigente estable establezca.

Firma y Fecha

Aclaración