



DECLARACIÓN JURADA DE EXCEPCIÓN DE INASISTENCIAS

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los días _____ del mes de _____ del año 2021, quien suscribe

_____ en mi carácter de adulto responsable de la/el estudiante

_____ DNI N° _____, con fecha de nacimiento _____,

con domicilio en _____, de la ciudad

de _____, teléfono celular N° _____, que

curso _____ sala/grado de Educación Inicial/Primaria en el Establecimiento Educativo.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Conocer todos los términos del **“Procedimiento para acreditar la excepción de asistencia presencial al establecimiento educativo, de las/os que formen parte de los grupos de riesgo establecidos por la autoridad sanitaria, embarazadas o mayores de sesenta (60) años o conviva con persona perteneciente a dichos grupos”** aprobado para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y asumo la veracidad de la información aquí brindada.

A tales efectos DECLARO QUE: (Marque con una cruz la opción correspondiente)

El/la estudiante forma parte de alguno de los grupos de riesgo.	
El/la estudiante convive con una persona embarazada o mayor de sesenta (60) años o perteneciente a los grupos de riesgo y no asistirá a clases presenciales.	

A tal efecto se acompaña a la presente, el certificado médico correspondiente.

En caso de corresponder, señale el o los factores de riesgo de el/la estudiante o persona conviviente:

Enfermedades respiratorias crónicas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, bronquiectasias, fibrosis quística y asma moderado o severo.	
Enfermedades cardíacas: insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, valvulopatías y cardiopatías congénitas.	
Inmunodeficiencias	

Diabéticos	
Personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses	
Personas con obesidad con IMC igual o superior a 40 kg/m ² (Obesidad Clase III)	
Observaciones generales:	

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente declaración jurada son verídicos y me hago responsable respecto de la veracidad de los mismos, conociendo las sanciones establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente.

En caso de detectarse inconsistencias en los datos consignados precedentemente que puedan implicar una vulneración a los derechos de las/los estudiantes, se dará intervención al Consejo de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, como organismo de protección integral en el marco de la Ley N° 114.

FIRMA DEL ADULTA/O RESPONSABLE

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI