



### DECLARACIÓN JURADA

Quien suscribe, .....  
DNI N° ....., con domicilio en .....  
....., declaro bajo juramento encontrarme en óptimo estado de salud físico para poder participar de la Jornada en el Predio Parque Norte el día.....

*(Marque con un círculo la respuesta seleccionada)*

¿Puedo comer con sal? SI - NO

¿Soy celíaco/a? SI - NO

¿Soy diabético/a? SI - NO

¿Puedo exponerme al sol? SI - NO

¿Puedo realizar actividades en pileta? SI - NO

¿Puedo realizar actividades de movimiento corporal al aire libre? SI - NO

¿Tengo antecedentes cardiacos o cardiológicos? SI – NO

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Tengo antecedentes oncológicos? SI – NO

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Estoy bajo algún tratamiento médico? SI – NO

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

El presente certificado solo tiene validez para la Jornada indicada.

Fecha:

Firma y aclaración:



COMISIÓN DIRECTIVA **Gestión CAVALIERI** Secretario General **SEC**

**Carlos Pérez** - Subsecretario General | **Armando Cavalieri** - Secretario General