



## DECLARACIÓN RESPONSABLE

**D./D.ª**

(Apellidos y nombre)

DNI

NIA

Matriculado/matriculada en la titulación:

Centro:

DECLARA, bajo su responsabilidad, que a fecha \_\_\_\_\_ ha  
resultado positivo en COVID-19 [tipo de prueba: PCR / Test Antígenos ].

Por tal circunstancia declaro, bajo mi responsabilidad, que no puedo asistir a la  
realización de la prueba de evaluación de la/s asignatura/s siguiente/s:

—  
—  
—

Fecha

Firma

**Se remite el presente documento por correo electrónico a:**

- **Profesor responsable de la asignatura**
- **Responsable COVID de la Facultad de Medicina: D<sup>a</sup> Isabel Aguilar Palacio (iaguilar@unizar.es)**
- **Unidad de Prevención de Riesgos Laborales: jefeuprl@unizar.es**