



ANEXO I

DECLARACION RESPONSABLE RELATIVA COVID-19

DATOS IDENTIFICACION

Nombre y apellidos

DNI/NIE:

DECLARO

Que conozco y acepto las medidas de prevención (entre otras el uso obligatorio de mascarilla y distanciamiento social) para evitar la transmisión de la Covid-19 que son de obligado cumplimiento para la realización **del primer ejercicio del proceso selectivo para estabilización de empleo temporal como personal laboral fijo fuera de convenio con la categoría de Farmacéutico/a Hospitalario/a, Farmacéutico/a y de Asesor/a de Relaciones Públicas, publicadas en la web www.institucionespenitenciarias.es** , y que me comprometo a cumplirlas y seguir estrictamente.

Acepto y me obligo a **NO** acceder a la sede de la convocatoria en caso de estar diagnosticado en el momento actual de infección activa por COVID-19 o tener síntomas compatibles con COVID-19 (tos, fiebre, dificultad respiratoria, etc.) en los últimos 10 días o estar en cuarentena por haber estado en contacto estrecho con una persona afectada de infección activa por COVID-19 en los últimos 10 días.

Además me comprometo a:

- No permanecer en pasillos y zonas comunes y evitar aglomeraciones.
- Acceder al edificio sin acompañamiento y con el material imprescindible para el desarrollo del ejercicio.
- Seguir las indicaciones de los miembros del Tribunal y personal colaborador.
- Que si tras la celebración de la prueba selectiva y en el plazo de 72 horas resultado positivo a Covid-19, lo pondré en conocimiento de sgpl@dgip.mir.es señalando: nombre, apellidos, nº DNI, proceso selectivo en el que ha participado y un teléfono de contacto.

Fecha:

Firma: