

Declaración responsable individual de no padecer enfermedad infecto-contagiosa.

De conformidad con el punto 15 de la instrucción conjunta 1/2024, de la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional, la Consejería de Salud y Consumo y el Servicio Andaluz de Salud, este formulario debe ser cumplimentado y firmado por los estudiantes del módulo profesional de Formación en Centros de Trabajo o Formación Práctica en la Formación Profesional Dual que realicen su periodo de prácticas en centros sanitarios públicos andaluces integrantes del Sistema Andaluz de Salud.

En caso de menores de edad, debe ser el padre, madre o tutor legal, el que asuma el conocimiento de los datos contenidos de este documento y mediante su firma da conformidad al inicio de la actividad formativa bajo las condiciones actuales. Este formulario personal quedará bajo custodia permanente en el centro docente donde se encuentre matriculado el alumno/a, a efectos de cumplimiento de la LOPDGDD.

| Datos del alumno/a | |
|---|--|
| Nombre y apellidos: | |
| D.N.I.: | |
| Centro de estudios: | |
| Ciclo formativo: | |
| Centro sanitario: | |
| En caso de ser menor de edad, deberá ser firmado por un representante legal | |
| Nombre y apellidos (Rep. legal): | |
| D.N.I. (Rep. legal): | |

El/la estudiante arriba indicado declara, bajo su responsabilidad, no padecer en el momento actual enfermedad infecto-contagiosa. Si durante el período de la actividad formativa aparece alguna de estas patologías, igualmente será obligatorio informar a su tutor laboral y a su tutor docente.

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma:.....

