DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con puesto de trabajo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el centro educativo I.E.S. LA CAMPANA y de conformidad con el apartado noveno del **Acuerdo de 7 de octubre de 2020** *en el que se establece que las personas trabajadoras con menores de 14 años o personas dependientes convivientes que tengan síntomas compatibles con el COVID-19 o que se encuentren en periodo de cuarentena domiciliaria por haber mantenido un contacto estrecho con alguna persona diagnosticada de COVID-19,* ***prestarán sus servicios en la modalidad de trabajo no presencial,*** *mientras los anteriormente citados se encuentren en aislamiento preventivo por las circunstancias anteriormente establecidas*, y de conformidad con la **Circular de 29 de octubre de 2020, de la D.G. Profesorado y Gestión de RRHH**, *por la que se aclaran determinados aspectos relativos a la situación de las personas trabajadoras con menores de 14 años o personas dependientes a su cargo que resulten afectadas por el cierre total o parcial de centros escolares o asistenciales, de las personas afectadas por algún caso debidamente confirmado de COVID-19 en la unidad familiar, así como de las personas trabajadoras con menores de º14 años o personas dependientes convivientes que tengan síntomas compatibles con el COVID-19 o que se encuentren en periodo de cuarentena domiciliaria por haber mantenido un contacto estrecho con alguna persona diagnosticada de COVID-19.*

**DECLARA**, bajo su responsabilidad que se encuentra en la siguiente situación (marcar la que proceda):

1. [\_\_] Menores de 14 años a su cargo que resulten afectado por el cierre total o parcial de centros escolares y sin que exista otro familiar conviviente que pueda hacerse cargo del menor o que este haya solicitado esta modalidad de trabajo no presencial por dicha situación.
2. [\_\_] Personas dependientes a su cargo que resulte afectado por el cierre total o parcial de centros asistenciales y sin que exista otro familiar conviviente que pueda hacerse cargo de la persona dependiente o que este haya solicitado esta modalidad de trabajo no presencial por dicha situación.
3. [\_\_] Menores de 14 años que tengan síntomas compatibles con el COVID-19 o que se encuentren en periodo de cuarentena domiciliaria por haber mantenido un contacto estrecho con alguna persona diagnosticada de COVID-19+ y sin que exista otro familiar conviviente que pueda hacerse cargo del menor o que este haya solicitado esta modalidad de trabajo no presencial por dicha situación.
4. [\_\_] Personas dependientes convivientes que tengan síntomas compatibles con el COVID-19 o que se encuentren en periodo de cuarentena domiciliaria por haber mantenido un contacto estrecho con alguna persona diagnosticada de COVID-19 y sin que exista otro familiar conviviente que pueda hacerse cargo de la persona dependiente o que este haya solicitado esta modalidad de trabajo no presencial por dicha situación.

**DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA (Marque con una X)**

A.- Si tiene menores de 14 años a su cargo que resulten afectados por el **cierre total o parcial del centro educativo**, que tengan **síntomas compatibles con el COVID-19**, o bien que se encuentren en periodo de cuarentena domiciliaria por haber mantenido **contacto estrecho con alguna persona diagnosticada de COVID-19.**

[\_\_] Fotocopiadel **libro de familia.**

[\_\_] Certificado expedido por la **dirección del centro** haciendo constar el cierre total o parcial del centro educativo.

[\_\_] Documentación acreditativa que haga constar la **recomendación médica del aislamiento** del menor o, en su caso, una declaración responsable haciendo constar tal situación de aislamiento.

B.- Si tiene personas dependientes a su cargo que resulten afectados por **el cierre total o parcial de centros asistenciales**, que tengan **síntomas compatibles con el COVID-19**, o bien que se encuentren en periodo de cuarentena domiciliaria por haber mantenido **contacto estrecho con alguna persona diagnosticada de COVID-19.**

[\_\_] Certificado de **empadronamiento** actualizado que acredite que el solicitante y la persona dependiente conviven en el mismo domicilio, o en su caso **documentación acreditativa** con vigencia máxima de 3 meses expedida por el organismo público competente en materia de dependencia en la que se haga constar la condición de **cuidador o cuidadora no profesional** de la persona solicitante.

[\_\_] Certificado expedido por el **centro asistencial** haciendo constar que la persona dependiente ha sido afectada por el cierre total o parcial del centro.

[\_\_] Documentación acreditativa que haga constar la **recomendación médica del aislamiento** del menor o, en su caso, una declaración responsable haciendo constar tal situación de aislamiento.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_\_\_\_

 Firma interesado/a