



DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./D.ª

(Apellidos y nombre)

DNI

NIP

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 las siguientes direcciones:

- Centro: sfcs@unizar.es
- Unidad de Prevención de Riesgos Laborales: jefeuprl@unizar.es