



Acta de Notificación Ingreso a la Provincia de Córdoba Transportista

proveniente de Zonas con Circulación de Virus Comunitaria

Sr./a:.....

DNI:..... **País de origen:**.....

Ciudad de origen:..... **Celular:**.....

Lugar de destino:.....

Al momento del ingreso a la provincia de Córdoba, Usted deberá brindar la información requerida, con carácter de declaración jurada, a los efectos de los controles sanitarios dispuestos por el Ministerio de Salud de la Provincia.

Por este motivo, deberá responder el cuestionario que se anexa firmando de conformidad.

- La firma de la presente implica la aceptación de la obligación de instalar en su celular una aplicación para ser geolocalizado, la cual permitirá controlar el cumplimiento de la medida epidemiológica.-----
- El COE realizará un seguimiento epidemiológico de su caso, debiendo Ud. mantener habilitado su teléfono a tal fin.-----
- Por cualquier duda o consulta, podrá comunicarse al 0800-122-1444-----
- Presto conformidad a dar mi localización a través de la APP cada vez que el sistema me lo requiera, atendiendo las prerrogativas legales ante su incumplimiento.

Reportar su posición al momento de recibir el SMS del COE Córdoba con el link de geolocalización. A partir de allí, accionando ese mismo link, reportar cada UNA (01) hora en oportunidad de encontrarse transitando por las rutas de la provincia, inmediatamente al realizar una detención o cambio en el itinerario y ante la salida de la jurisdicción de la provincia.

Estas medidas responden al cuidado de su salud y de la comunidad. De la responsabilidad y el aporte de cada uno de nosotros depende el cuidado de todos.

En caso de incumplimiento de la presente, se dará conocimiento a la autoridad judicial competente, en los términos de los arts. 202, 205 y ccs. Código Penal¹, pudiendo solicitar el auxilio de la fuerza pública.---

El presente constituye documento válido para ser presentado ante su empleador y/o autoridad que corresponda.-----

Lugar de notificación.....

Fecha y hora de notificación:.....

NOTIFICADOR
Firma, Nombre y DNI

NOTIFICADO
Firma, Nombre y DNI

¹**Código Penal:ARTICULO 202.** - Será reprimido con reclusión o prisión de tres a quince años, el que propagare una enfermedad peligrosa y contagiosa para las personas - **ARTICULO 205.** - Será reprimido con prisión de seis meses a dos años, el que violare las medidas adoptadas por las autoridades competentes, para impedir la introducción o propagación de una epidemia.

Nro	Información requerida	Si	No
01	En los últimos 14 días, ha experimentado temperaturas corporales por encima de los 37,5º?		
02	En los últimos 14 días, ha manifestado tos, pérdida del olfato, dolores musculares, cefaleas?		
03	En los últimos 14 días ha experimentado dolores inusuales, sensación de malestar sin motivo aparente?		
04	En las últimos 14 días, mantuvo contacto próximo con personas confirmadas o sospechosas COVID – 19		
05	Ha mantenido reuniones sociales con grupo mayor a 15 personas en lugares cerrados o de escasa ventilación		
06	Puede confirmar no haber estado en contacto ni en lugares donde se presume la presencia de personas sospechosas de COVID - 19		
07	En las última semana, ha estado manipulando objetos o cargas sin la correcta limpieza de manos, sin protección de barbijo no quirúrgico o sin respetar el distanciamiento social?		
08	Desea expresar alguna situación en particular a ser tenida en cuenta para posteriores análisis?		