

DECLARACIÓN RESPONSABLE ASPIRANTES U OPOSITORES

(MODELO I)

A LA CONSEJERÍA DE HACIENDA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. DIRECCIÓN GENERAL DE FUNCIÓN PÚBLICA

A los efectos de las pruebas selectivas para el turno libre y discapacidad para el personal laboral al servicio de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura convocado por Orden de 25 de abril de 2019 y como medida de prevención y seguridad ante el COVID-19,

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./D^a _____, con domicilio en _____ con Documento Nacional de Identidad nº _____ declaro a efectos de realizar el primer ejercicio de la prueba objetiva para el turno libre y discapacidad en el Grupo **IV** Categoría **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** para el personal laboral al servicio de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura convocado por Orden de 25 de abril de 2019 que:

No presento síntomas compatibles con la COVID-19, ni me encuentro en período de aislamiento por haber sido diagnosticado con la enfermedad o de cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas o diagnosticada de la COVID-19.

En _____, a _____, de _____ de _____.

(Firma del declarante)