

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 de ascenso para el personal laboral al servicio de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura convocado por Orden de 20 de mayo 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 de ascenso 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 20 de mayo 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)