



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

APELLIDO

NOMBRE

DNI

LUGAR DE RESIDENCIA

TELEFONO CELULAR

LUGAR DE PROCEDENCIA

¿Ha viajado al exterior en los últimos 14 días? SI / NO ¿dónde? _____

¿Ha estado en contacto con viajeros? SI / NO ¿Cuándo? _____

¿Actualmente usted presenta alguno de estos síntomas?

Fiebre SI - NO

Problemas para respirar SI - NO

Fiebre SI - NO

¿Ha perdido el gusto y/o el olfato? SI - NO

Dolor de Garganta SI - NO

¿Ha tenido manchas en su cuerpo? SI - NO

¿Síntomas gastrointestinales? SI - NO

¿En su familia hubo personas que han tenido algunos de estos síntomas en estos últimos 14 días?

SI / NO ¿Quiénes? _____

Firma del padre/madre/tutor
Aclaración:
DNI:



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

DNU N° 297/2020- AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO

Anexo resolución 41/20

APELLIDO _____

NOMBRE _____

DNI _____

LUGAR DE RESIDENCIA _____

TELEFONO CELULAR _____

LUGAR DE PROCEDENCIA _____

¿Ha viajado al exterior en los últimos 14 días? SI / NO ¿dónde? _____

¿Ha estado en contacto con viajeros? SI / NO ¿Cuándo? _____

¿Actualmente usted presenta alguno de estos síntomas?

Fiebre SI - NO

Problemas para respirar SI - NO

Fiebre SI - NO

¿Ha perdido el gusto y/o el olfato? SI - NO

Dolor de Garganta SI - NO

¿Ha tenido manchas en su cuerpo? SI - NO

¿Síntomas gastrointestinales? SI - NO

¿En su familia hubo personas que han tenido algunos de estos síntomas en estos últimos 14 días?

SI / NO ¿Quiénes? _____

Firma del Pasajero

Aclaración:

DNI:

Firma del padre/madre/tutor (caso menor)

Aclaración:

DNI:



Santa Cecilia
Resort & spa

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

DNU N° 297/2020- AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO

Anexo resolución 41/20

APELLIDO

NOMBRE

DNI

LUGAR DE RESIDENCIA

TELEFONO CELULAR

¿Ha viajado al exterior en los últimos 14 días?

SI / NO

¿dónde? _____

¿Ha estado en contacto con viajeros?

SI / NO

¿Cuándo? _____

¿Actualmente usted presenta alguno de estos síntomas?

Fiebre SI - NO

Problemas para respirar SI - NO

Fiebre SI - NO

¿Ha perdido el gusto y/o el olfato? SI - NO

Dolor de Garganta SI - NO

¿Ha tenido manchas en su cuerpo? SI - NO

¿Síntomas gastrointestinales? SI - NO

¿En su familia hubo personas que han tenido algunos de estos síntomas en estos últimos 14 días?

SI / NO

¿Quiénes? _____

SANTA CECILIA RESORT & SPA no se responsabiliza por pérdida, sustracción, robo y/o hurto de valores u objetos de valor que no sean declarados por el pasajero, a este efecto se pone a su disposición el servicio de caja de seguridad electrónica en cada habitación para el resguardo de estos artículos, que queda reservado al usuario

Las áreas públicas, habitaciones y demás instalaciones del hotel están a disponibilidad del huésped para disfrutar durante su estadía, siendo este responsable de su debido uso y cuidado de no causar accidentes o molestias a otros huéspedes. El hotel se reserva el derecho de admisión y permanencia. Los huéspedes se comprometen a respetar a los otros huéspedes y el reglamento del hotel en todas sus partes. Solo se permite fumar en los exteriores de la propiedad.

Asi mismo, con su consentimiento usted acepta el Anexo N°120 PROCEDIMIENTO PARA TURISMO disponible en el siguiente link:

<http://www.cordobaturismo.gov.ar/wp-content/uploads/2020/06/ANEXO-120-PROCEDIMIENTO-PARA-EL-TURISMO-V-1-Final-1.pdf>

Firma del Pasajero

Aclaración:

DNI:

Firma del padre/madre/tutor (caso menor)

Aclaración:

DNI: