



MUNICIPALIDAD SANTA ROSA DE CALAMUCHITA

Acta de notificación para ingreso a la Ciudad de Santa Rosa de Calamuchita

Sr./a:.....DNI:.....

País de origen:..... Ciudad de origen:.....

Domicilio Real:..... Celular:.....

Lugar de destino:.....

Vehículo:Marca:Dominio:.....

Nombre del menor.....Edad.....DNI.....

Nombre del menor.....Edad.....DNI.....

Nombre del menor.....Edad.....DNI.....

Nombre del menor.....Edad.....DNI.....

Al momento del ingreso a la ciudad de Santa Rosa de Calamuchita, Usted deberá brindar la información requerida, con carácter de Declaración Jurada, a los efectos de los controles sanitarios dispuestos por la Municipalidad de Santa Rosa de Calamuchita.

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

Por cualquier duda o consulta, podrá comunicarse al 03546 421964 ó al correo electrónico direcciondeseguridad.reclamos@gmail.com para casas particulares, por establecimientos turísticos (casas de alquiler, complejos de cabañas, etc.) contactarse al 03546 429654 ó al correo infoturismo@municipiosantarosa.gob.ar -----

**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, 239 y ccs. Código Penal¹, pudiendo solicitar el auxilio de la fuerza pública

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 - **ARTICULO 239.** - Será reprimido con prisión de quince días a un año, el que resistiere o desobedeciere a un funcionario público en el ejercicio legítimo de sus funciones o a la persona que le prestare asistencia a requerimiento de aquél o en virtud de una obligación legal.



MUNICIPALIDAD
**SANTA ROSA
DE CALAMUCHITA**

| Nr o | Información requerida | Si | No |
|---------|---|----|----|
| 01 | En los últimos 14 días, ha experimentado temperaturas corporales por encima de los 37,5°? | | |
| 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 | Estuvo 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? | | |

OBSERVACIONES.....

.....

Lugar de notificación.....

Fecha y hora de notificación:

NOTIFICADOR
Firma, Nombre y DNI

NOTIFICADO
Firma, Nombre y DNI