

**DN/DÑA:**

**CON DNI:**

**TELEFONO:**

## **MANIFIESTA**

- QUE TENGO PCR NEGATIVA REALIZADA 72 HORAS ANTES FRENTE A COVID-19**
- QUE TENGO LA PAUTA COMPLETA DE VACUNACION FRENTE A COVID-19**
- QUE HE PASADO LA ENFERMEDAD EN LOS ULTIMOS 180 DIAS DE COVID-19**

**FIRMA CLIENTE**

