

## AUTODECLARACIÓ RESPONSABLE MALALTIES INFECTOCONTAGIOSES

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nom i cognoms de l'estudiant	DNI/NIE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telèfon de contacte	email	
El sotassignant, estudiant de	<input type="text"/>	(Títol de Grau / FP)
al centre	<input type="text"/>	(Universitat / Centre de FP / Unitat docent)
o bé MIR /IIR de	<input type="text"/>	(Especialitat)

### DECLARO, RESPONSABLEMENT:

1. Que en el moment de l'inici de les pràctiques o estada, NO sóc un cas confirmat ni presento cap simptomatologia compatible amb malalties de transmissió aèria, gotes o contacte com COVID-19, GRIP, o qualsevol altre quadre infecció (febre, tos, rinorrea, dificultat respiratòria, malestar general, calfreds, manca d'olfacte o gust, diarrea, etc.) que pugui ser un vector de transmissió a tercers (companys/es o malalts/es).
2. Que en cas de tenir febre o algun símptoma compatible abans, durant o immediatament després de les pràctiques, ho posaré en coneixement de la Unitat Docent i del meu CAP.
3. Que estic al corrent del calendari vacunal recomanat per a professionals de la salut, i que en cas de dubte sobre immunització o estat immunitari d'alguna d'aquestes malalties (Hepatitis A, Hepatitis B, Varicel·la, Parotiditis, Xarampió, Rubèola, Tètanus, COVID, Grip, Tuberculosi), he acudit al CAP per informar-me dels riscos i beneficis de la immunització.
4. Que NO soc coneixedor/a de ser portador de malalties infecto contagioses per via parenteral com HIV, VHB o VHC. Que si soc coneixedor, el meu metge/metgessa de família és coneixedor i ha valorat que NO hi ha risc de que pugui ser un vector de transmissió a tercers (companys/es o malalts/es).
5. Que en cas d'accident per via parenteral (punxada, tall, esquitxada als ulls), he d'acudir de forma immediata als serveis d'urgències dels hospitals del CSAPG per ser atès, procurant portar dades del pacient del que m'he accidentat.
6. Que estic obligat a utilitzar els equips de protecció individual EPIS dels quals em doti el CSAPG, així com aportar al meu càrrec aquell equipament que el CSAPG em demani i que hagi d'esser al meu càrrec, i sense el qual no podré efectuar les pràctiques.
7. He de respectar i portar a la pràctica les normes de seguretat i salut en el treball CSAPG que he après a la formació del Pla d'Acollida en Prevenció de Riscos Laborals que m'han ofert en l'inici de les pràctiques.
8. Assumeixo que el CSAPG pot donar per finalitzades les pràctiques de forma immediata i sobtada si així ho aconsellen raons de Salut Pública decretada per autoritat sanitària o per la direcció del CSAPG

I, perquè així consti, als efectes de la meva incorporació a la realització de pràctiques escolars, curriculars o extra curriculars al CSAPG, signo la present declaració de responsabilitat i consento explícitament el tractament de les dades que hi ha en aquesta declaració.

Signatura alumne  
Data,

Signatura tutor legal  
Data,