

**A LA ATENCIÓN DE LA:**

- POLICÍA MUNICIPAL DE** \_\_\_\_\_
- POLICÍA NACIONAL DE** \_\_\_\_\_
- GUARDIA CIVIL DE** \_\_\_\_\_

Con el objeto de garantizar el cumplimiento de las medidas adoptadas por la autoridad sanitaria para prevenir los daños ocasionados por la Covid-19, se pone en su conocimiento, a los efectos oportunos, que el ciudadano D/D<sup>a</sup>..... con DNI ..... y domicilio en la calle..... nº..... puerta ..... de ..... se encuentra, en situación de:

- AISLAMIENTO DOMICILIARIO (*por haber dado positivo en COVID-19 o por ser caso sospechoso y estar pendiente del resultado de la prueba diagnóstica realizada*)
- CUARENTENA (*por haber sido contacto estrecho de un caso COVID-19*)

**con una duración de al menos hasta el día** ..... y su incumplimiento puede ocasionar daños para la salud pública.

Dicha situación se le ha indicado el día .....,  CON /  SIN firma de la Declaración responsable de conformidad.

Lo que se comunica a los efectos previstos en Decreto Ley 11/2020, de 4 de julio, del Consell, de régimen sancionador específico contra los incumplimientos de las disposiciones reguladoras de las medidas de prevención ante la Covid-19.

**Valencia, a ..... de ..... de 202....**

**Fdo. Jefe/a de Zona Básica o Médico/a de Atención Primaria de** \_\_\_\_\_  
**Departamento de Salud Valencia Hospital General**

Información solicitada por el Agente de las Fuerzas de Orden Público (Nombre/ Nº de identificación): \_\_\_\_\_

Firma:

**A LA ATENCIÓN DE LA:**

- POLICÍA MUNICIPAL DE** \_\_\_\_\_
- POLICÍA NACIONAL DE** \_\_\_\_\_
- GUARDIA CIVIL DE** \_\_\_\_\_

Con el objeto de garantizar el cumplimiento de las medidas adoptadas por la autoridad sanitaria para prevenir los daños ocasionados por la Covid-19, se pone en su conocimiento, a los efectos oportunos, que el ciudadano D/D<sup>a</sup> ..... con DNI ..... y domicilio en la calle ..... nº ..... puerta ..... de ..... se encuentra, en situación de:

- AISLAMIENTO DOMICILIARIO (*por haber dado positivo en COVID-19 o por ser caso sospechoso y estar pendiente del resultado de la prueba diagnóstica realizada*)
- CUARENTENA (*por haber sido contacto estrecho de un caso COVID-19*)

**con una duración de al menos hasta el día** ..... y su incumplimiento puede ocasionar daños para la salud pública.

Dicha situación se le ha indicado el día .....,  CON /  SIN firma de la Declaración responsable de conformidad.

Lo que se comunica a los efectos previstos en Decreto Ley 11/2020, de 4 de julio, del Consell, de régimen sancionador específico contra los incumplimientos de las disposiciones reguladoras de las medidas de prevención ante la Covid-19.

**Valencia, a ..... de ..... de 202....**

**Fdo. Jefe/a de Zona Básica o Médico/a Atención Primaria de** \_\_\_\_\_  
**Departamento de Salud Valencia Hospital General**

Información solicitada por el Agente de las Fuerzas de Orden Público (Nombre/ Nº de identificación): \_\_\_\_\_

Firma: