

ANEXO 3 Declaración responsable

Declarante

DNI/NIE/Pasaporte		
Nombre		
Apellido 1	Apellido 2	
Dirección electrónica		
Dirección permanente		
Código postal	Ciudad	Estado/Provincia
País		
Teléfono	Fax	

Embarcación

Nombre de la embarcación
Fecha de llegada
Puerto de llegada
Dirección durante la estancia (hotel, puerto, domicilio...)

DECLARO

Que dispongo del "Formulario de Control Sanitario -vía marítima", establecido en el anexo I de la Resolución de 11 de noviembre de 2020 de la Dirección General de Salud Pública (BOE n.º 298, de 12 de noviembre).

Que dispongo de una PCR (RT-PCR de COVID-19) con resultado negativo, realizada en las setenta y dos horas previas a la llegada (*en caso de que el país o la zona de origen del viaje está clasificado como de riesgo-anexo II de la Resolución de 11 de noviembre de 2020*)

Que dispongo de la hoja de información para los viajeros sobre actuaciones relativas a la COVID-19 en las Illes Balears, elaborada por la Dirección General de Salud Pública y Participación.

Que he rellenado el "Formulario de Control Sanitario -vía marítima" y lo he remitido a Sanidad Exterior a través de la dirección de correo electrónico inspeccionsanidad.illesbalears@correo.gob.es.

_____, ____ de _____ de 202_

[Localidad]

[Firma]