

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE SOLICITUD PARA LA
OBTENCIÓN DE MEDIDAS BENEFICIOSAS EN EL MARCO
COMÚN "PACTO POR LAVIANA"
TEST SEROLÓGICOS COVID-19



Ayuntamiento de
Laviana
PRINCIPADO DE ASTURIAS

Datos del solicitante:

Nombre y apellidos:

DNI:

Teléfono:

Email:

Dirección:

¿Realizará el test la persona solicitante? (marque con una X) Si No

¿ Su negocio o actividad estuvo abierto en el estado de alarma? (marque con una x) Si No

Datos de la persona física o entidad:

Nombre/Razón social:

NIF/CIF:

Teléfono:

Email:

Dirección:

Tipo de actividad:

Domicilio social:

Datos de los trabajadores/as que se incluyen para realizar el test

TRABAJADOR/A 1:

Nombre y apellidos:

DNI:

Teléfono:

Email:

TRABAJADOR/A 2:

Nombre y apellidos:

DNI:

Teléfono:

Email:

TRABAJADOR/A 3:

Nombre y apellidos:

DNI:

Teléfono:

Email:

TRABAJADOR/A 4:

Nombre y apellidos:

DNI:

Teléfono:

Email:

Declaración responsable:

Que el/abajo firmante cumple con todas las condiciones requeridas por el Excmo. Ayuntamiento de Laviana:

1. Que es titular de un negocio cuya actividad se desarrolla en el municipio de Laviana.
2. Que el domicilio social de su actividad empresarial se encuentra en el municipio de Laviana.
3. Que los trabajadores que se incluyen en la presente solicitud para realizar el test forman parte de la plantilla del negocio.

Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y para que así conste a los efectos oportunos, firma la presente declaración.

En, _____, a _____ de _____ de 2020

Firma de la persona que lo solicita