 **Formulario de Certificación de Vacunación COVID-19 para VOLUNTARIOS**

Los voluntarios del Distrito Escolar Unificado de Chico (CUSD) pueden usar este formulario para dar testimonio de su estado de vacunación contra el COVID-19. CUSD sigue la guía de seguridad del Departamento de Salud Pública de California. Póngase en contacto con el administrador de la escuela si tiene preguntas o inquietudes.

Los individuos se consideran "**completamente vacunados**":

* Dos semanas después de completar la segunda dosis de una vacuna covid-19 de dos dosis (e.g., Pfizer or Moderna) **o**
* Dos semanas después de recibir una dosis de una vacuna que requiere solo una dosis (e.g., Johnson & Johnson/Janssen).

**Testimonio de Voluntario sobre el Estado de Vacunación COVID-19**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Please Print)

|  |
| --- |
| **Testimonio de Voluntarios Completamente Vacunados** |

Al completar este testimonio, es posible que pueda evitar la cuarentena si se expone a una persona que da positivo por COVID-19.

 Estoy completamente vacunado contra COVID-19.

Fecha de la dosis final de la vacuna contra la COVID-19: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Por favor, proporcione una prueba de vacunación)***

|  |
| --- |
| **Testimonio de Voluntarios** |

Al completar esta certificación, usted reconoce que los servicios voluntarios solo serán aprobados si se proporciona una copia impresa de una prueba rápida de antígenos COVID-19 o una prueba PCR. La prueba debe completarse dentro de la ventana de **7 días antes** de ayudar y debe realizarse en un sitio de prueba [aprobado](https://drive.google.com/file/d/1FFo0wseitL7FpAB97GNa9KlH5GPi9UjQ/view) o en un sitio de prueba del empleador que proporcione verificación impresa. No se aceptarán pruebas caseras.

 **No estoy** **completamente vacunado** contra COVID-19.

 **Elijo no revelar mi estado de vacunación**\*.

Al firmar, certifico que he proporcionado información precisa y completado sinceramente este formulario..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha