**DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA EXIMIR DEL USO OBLIGATORIO DE MASCARILLA CONFORME AL ARTICULO 6 DEL LA LEY 2/2021, DE 29 DE MARZO, DE MEDIDAS URGENTES DE PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y COORDINACIÓN PARA HACER FRENTE A LA CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR EL COVID19**

**YO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**con DNI----------------------------------------**

**DECLARO :**

**PRIMERO .- Que la Ley del Parlamento estatal 2/21 de 29 de marzo, aplicable a todo el territorio nacional regula supuestos en que no se exige el uso de la mascarilla, al considerar, dicha norma legal, que en esos supuestos, el uso puede ser perjudicial para la salud.**

**SEGUNDO.- Que Los supuestos son los siguientes según el Artículo 6-2 :enfermedad o dificultad respiratoria** que pueda verse agravada por el uso de la mascarilla su situación de discapacidad o dependencia**, no dispongan de autonomía** para quitarse la mascarilla, o bien presenten **alteraciones de conducta** que hagan inviable su utilización. En el caso de que, por la propia naturaleza de las **actividades, el uso de la mascarilla resulte incompatible**, con arreglo a las indicaciones de las autoridades sanitarias.

**TERCERO.- QUE RESPONSABLEMENTE y POR LA LIBERTAD QUE ME OTORGA EL ORDENAMIENTO JURIDICO Y MIS DERECHOS NATURALES alego que estoy exento del uso de la mascarilla al concurrir supuesto de hecho previsto que tiene perfecto encaje en el art. 6 de la Ley 2/21, aplicable en todo el territorio nacional y que no exige presentar ningún tipo de documento médico justificativo de exención, al tratarse de datos médicos o personales especialmente protegidos por las siguientes razones:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**En a de 20\_\_\_\_\_\_**

**FDO.:**