



PERÚ

Ministerio de Trabajo
y Promoción del Empleo

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

ANEXO N° 2

FICHA DE SINTOMATOLOGÍA DE LA COVID-19 PARA REGRESO PROGRESIVO AL PROGRAMA NACIONAL PARA LA EMPLEABILIDAD

ENTIDAD PÚBLICA: **PROGRAMA NACIONAL PARA LA EMPLEABILIDAD**

RUC: **20473400473**

YO,, IDENTIFICADO/A CON DNI N°,
PERTENECIENTE AL ÁREA O UNIDAD DE.....DEL
PROGRAMA NACIONAL PARA LA EMPLEABILIDAD. **HE RECIBIDO EXPLICACIÓN DEL
OBJETIVO DE ESTA EVALUACIÓN Y ME COMPROMETO A RESPONDER CON LA
VERDAD.**

CELULAR:

DIRECCIÓN:

En los últimos **catorce (14) días** calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes:

	SI	NO
1. Sensación de alza térmica o fiebre	☐	☐
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar	☐	☐
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa	☐	☐
4. Pérdida del gusto y/o olfato	☐	☐
5. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19	☐	☐
6. Dolor corporal y/o dolor de cabeza	☐	☐
7. Diarrea	☐	☐
8. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles)	☐	☐

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración de mi parte.

He sido informado que de omitir o declarar información falsa puedo perjudicar la salud de mis compañeros de trabajo, y la mía propia, asumiendo las responsabilidades que correspondan.

LIMA, XX DE XXXXXX DE 2022.

.....

FIRMA SERVIDOR/A
DNI N°: