**DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con domicilio real en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de proveedor (a) de servicios al RENIEC, estando dentro de la actual coyuntura de la emergencia COVID – 19, declaro que soy menor de 65 años, no tengo hipertensión, cáncer, diabetes, obesidad con IMC de 40 a más, no tengo asma moderada o grave, enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia renal crónica, enfermedad o tratamiento inmunosupresor, por lo tanto no me encuentro dentro del grupo de trabajadores considerados de riesgo. Asimismo, TENGO CONOCIMIENTO de lo siguiente:

1. Que el COVID-19 o “Coronavirus” es una enfermedad descubierta, que se propaga muy rápidamente a través del contacto con la persona contagiada.
2. Así mismo, cumpliré con lo descrito en el término de referencia.

Lima, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2022

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

FIRMA

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

Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_