

DECLARACIÓN JURADA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y VACUNACIÓN

Mediante el presente documento, Yo _____, identificado (a) con DNI N° _____, domiciliado (a) en _____, con teléfono celular _____, postulando al puesto de _____; DECLARO lo siguiente:

1. Tengo conocimiento de las enfermedades preexistentes para COVID-19, la cual califica al trabajador dentro del grupo de factor de riesgo, en los siguientes casos³:
 - Edad mayor a 65 años
 - Hipertensión arterial refractaria
 - Enfermedades cardiovasculares graves
 - Cáncer
 - Diabetes mellitus
 - Asma Moderada o Grave
 - Enfermedad Pulmonar crónica
 - Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis
 - Enfermedad o tratamiento inmunosupresor
 - Obesidad con IMC de 40 a más
2. Asimismo, declaro que **NO ME ENCUENTRO** dentro del grupo de factor de riesgo para COVID-19 señalado en el numeral anterior.
3. Declaro contar con las vacunas contra el COVID 19 según el grupo etario, conforme se advierte en el registro de la pagina de Carnet de Vacunación MINSA, para el cual consigno la fecha de emisión de mi DNI

Todos los datos expresados en la presente constituyen a Declaración Jurada de mi parte. Asimismo, he sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros y la mía propia, por lo cual al constituir una falta grave contra la salud pública, asumo las consecuencias administrativas y legales.



Lonya Grande de de 20

Nombres y Apellidos:.....
DNI N°

³ Numeral 7.3.4 de “Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS-CoV-2” aprobado por R.M. N° 972-2020-MINSA.