

FORMATO N° 05

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER SINTOMATOLOGIA COVID 19

Yo.....; identificado con DNI N°..... y domiciliado en....., En Pleno uso de mis facultades Físicas y Mentales, declaro bajo juramento, que no presento en el momento actual signos ni síntomas respiratorios compatibles con COVID-19 y que no he estado expuesto a personas con la enfermedad o con los mismos síntomas en los últimos 14 días. para lo cual dejo constancia de no presentar los Signos y/o Síntomas líneas abajo expuestos, con mi firma y huella digital para efectos de postular al Concurso Público, CONVOCATORIA CAS 016-2021-MPCH, en el marco de la única disposición complementaria final del DU. 083-2021.

SIGNO/SÍNTOMA	SI	NO
1. Pérdida del sentido del olfato y del gusto	_____	_____
2. Fiebre o sensación de alza térmica	_____	_____
3. Dolor de garganta o musculares	_____	_____
4. Está tomando alguna medicación	_____	_____
5. Tos, estornudos o dificultad para respirar	_____	_____
6. Expectoración o flema amarilla o verdosa	_____	_____

Así mismo declaro mi condición de salud respecto a los factores de riesgo siguientes:

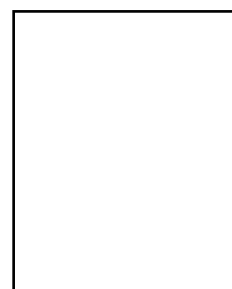
FACTOR DE RIESGO	SI	NO
7. Gestación:	_____	_____
8. Asma:	_____	_____
9. Cardiopatía crónica:	_____	_____
10. Enfermedad renal crónica:	_____	_____
11. Diabetes mellitus:	_____	_____
12. Inmunodeficiencia:	_____	_____
13. Obesidad:	_____	_____
14. Enfermedad neurológica crónica:	_____	_____
15. Hipertensión Arterial:	_____	_____
16. Cáncer:	_____	_____

Chiclayo, ____ de _____ del 2021.

FIRMA: _____

APELLIDOS
NOMBRES: _____

DNI: _____



**HUELLA DIGITAL
(DEDO INDICE DERECHO)**