

DECLARACIÓN JURADA FACTOR DE RIESGO

En la Provincia de Buenos Aires, a los.....días del mes de.....del año 2020, quien suscribe (*Apellido y Nombre*)....., D.N.I....., con domicilio real en , teléfono celular....., teléfono fijo , en mi carácter de trabajador/a de la Provincia de Buenos Aires, prestando servicios en el cargo de , dependiente de (*Organismo/Establecimiento/s educativo/s y distrito/s*) , manifiesto con carácter de Declaración Jurada, encontrarme/poseer uno o más de los factores de riesgos estipulados en la Resolución del Ministerio de Jefatura de Gabinete de Ministros, en referencia al Decreto N°127/20, para tramitar la Autorización Excepcional por Coronavirus (COVID-19):

Datos personales:

Edad:-----Peso: -----

Estado civil: -----

Composición del grupo familiar:-----

Afecciones padecidas (especificar cuáles): -----

Estado actual: Especificar tipo de afecciones padecidas en los últimos 6 meses, tratamiento médico y medicación prescrita: -----

¿Realizó estudios tales como ecografías, tomografías, resonancias magnéticas, etc.? SI / NO

Medicamentos habituales o permanentes: -----

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o atención médica? SI / NO ¿Desde cuándo? -----

Si el declarante fuere de sexo femenino indicar si actualmente está embarazada: SI /NO.

Se deberá adjuntar la documental médica que justifica la incorporación en los grupos de riesgo al momento de realizar la solicitud.

Firma

Aclaración

DNI