

**FORMATO N° 008****DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

(DE NO PADECER DE COVID 19)

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_, en condición de postulante del proceso antes señalado, declaro tener pleno conocimiento que la labor prestada, en caso ser declarado ganador del servicio al cual postulo, está dirigida a la atención de pacientes que padecen la enfermedad del COVID-19 (Coronavirus), por lo que **declaro bajo juramento que:**

1.- A la fecha de la firma del contrato laboral NO PADEZCO de enfermedad del COVID-19, ni presento síntomas propios de ésta, tales como fiebre, cansancio, tos seca, dificultad para respirar, dolor de garganta, diarrea, secreción nasal, dolores musculares y molestias propias de esta enfermedad, tal como lo acredito con el certificado y/o constancia de resultado de prueba COVID (negativo), el cual debió haber sido obtenido dentro de las últimas 48 horas a la suscripción del contrato. Asimismo, me comprometo que en caso presentara alguno de los referidos síntomas o malestares después de suscribir el contrato, deberé comunicar el hecho a mi jefe inmediato.

2.-No me encuentro dentro del grupo de riesgo para COVID-19, establecida en la Resolución Ministerial N° 972-2020-MINSA, de fecha 27 de noviembre del 2020.

3.-No poseo ninguna condición de vulnerabilidad que ponga en riesgo mi salud y la de mis familiares.

En caso de resultar FALSA la información que proporcione, me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y penales, que haya a lugar conforme a las disposiciones normativas vigentes.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2021

\_\_\_\_\_  
Firma



Huella Digital