



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Y OTRAS CONDICIONES PARA PRESTAR SERVICIOS EN FORMA PRESENCIAL

En la Provincia de Buenos Aires, a los.....días del mes de.....del año.....,quien suscribe (Apellido y Nombre)D.N.I....., con domicilio real enteléfono/celular.....teléfono fijo, en mi carácter de aspirante para la cobertura de suplencias extraordinaria en cargos docente y/o de auxiliares de la educación de la Provincia de Buenos Aires, manifiesto con carácter de **DECLARACION JURADA:**

1. Encontrarme o no comprendido dentro los grupos de riesgo enmarcados en la Resolución 207/2020 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad de la Nación y en la Resolución 90/2020 del Ministerio de Jefatura de Gabinete de la Provincia de Buenos Aires, informando que mi situación de salud es la siguiente:

GRUPOS DE RIESGO	SI	NO
Trabajadora Embarazada.		
Enfermedades respiratorias crónicas:		
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]		
Enfisema congénito		
Displasia broncopulmonar		
Bronquiectasias		
Fibrosis quística		
Asma moderado ó severo.		
Enfermedades cardíacas:		
Insuficiencia cardíaca,		
Enfermedad coronaria		
Valvulopatías		
Cardiopatías congénitas		
Inmunodeficiencias.		
Diabéticos.		
Personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses.		
Personas inmunosuprimidas		
Personas en tratamiento oncológico.		
Obesidad mórbida.		

(Deberá marcar con una X en SI/NO de cada uno de los factores de riesgo).

2. **NO** requerir hacer uso de las dispensas parentales estipuladas en el artículo 1º de la Resolución N° 391/21 del Ministerio de Jefatura de Gabinete de la Provincia de Buenos Aires.



3. Edad:

Siendo mayor de 60 años, y no encontrándome alcanzado por ninguna de las situaciones de salud informadas en el apartado 1 de la presente DECLARACION JURADA, manifiesto en forma expresa y libre mi voluntad de regresar para cumplir tareas de manera presencial en los términos del artículo 1º inciso a) de la Resolución 207/20 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación dejando constancia con carácter de Declaración Jurada.

- SI
- NO
- NO APLICA POR SER MENOR DE 60 AÑOS.

Firma

Aclaración

DNI



G O B I E R N O D E L A P R O V I N C I A D E B U E N O S A I R E S
2021 - Año de la Salud y del Personal Sanitario

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: Anexo I - DDJJ SALUD

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.