

ANEXO N°3 PARA TESISTAS

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD POR FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19

Yo, _____, con DNI N° _____, domiciliado en _____, con número de teléfono (móvil o fijo) _____ y correo electrónico _____, trabajador de la empresa _____ para realizar la actividad de _____.

DECLARO BAJO JURAMENTO que conforme al *Documento Técnico “Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la salud de los Trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19” aprobado mediante RM N° 972-2020-MINSA.*

Marcar con una **X**

	NO pertenezco a un Grupo de Vulnerabilidad o Grupo de Riesgo – COVID-19.
	SI pertenezco a un Grupo de Vulnerabilidad o Grupo de Riesgo – COVID-19.

Si marcó la opción “**SI**” anteriormente, Marcar con una (X) el grupo al que pertenece:

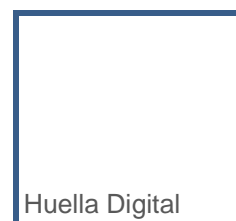
	Mayor de 65 años (Indicar edad: _____)	Hipertensión Arterial Refractaria.
	Obesidad con IMC de 40 a más.	Enfermedad Renal Crónica
	Diabetes Mellitus.	Enfermedad Cardiovascular Grave.
	Cáncer.	Enfermedad Pulmonar Crónica.
	Enfermedad o Tratamiento Inmunosupresor.	Gestante de _____ meses.
	Post parto (menor a 6 semanas).	Post parto (menor a 6 semanas).

La Molina, de del 2020.


FIRMA

NOMBRE:

DNI:



La información proporcionada en la presente declaración jurada queda en custodia y administración del Médico Ocupacional de la Institución.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROTOCOLO	P-SST-002	
	BIOSEGURIDAD PARA PROVEEDORES, TERCEROS Y TESISTAS ANTE EL COVID - 19	Versión: 04	Página 1 de 13

ANEXO N°4 PARA TESISTAS

FICHA SINTOMATOLÓGICA DE COVID-19 PARA EL INGRESO A LAS INSTALACIONES DE LA UNALM

(Todas las sedes)

DECLARACIÓN JURADA

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad:

DATOS DEL TESISTAS

Apellidos y Nombres: _____ DNI: _____


Dirección: _____ Celular: _____

En los últimos 14 días calendario he tenido alguno de los siguientes síntomas	SI	NO
1. Sensación de alza térmica o fiebre.		
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar.		
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa.		
4. Contacto con persona (s) con un caso confirmado de COVID-19.		
5. Está tomando alguna medicación. De ser SI , especifique cuál o cuáles: _____.		

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen una declaración jurada de mi parte.

He sido informado que, de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros y la mía propia, lo cual constituye una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.

Fecha	Firma del trabajador	Firma del Profesional de la Salud

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROTOCOLO	P-SST-002	
	BIOSEGURIDAD PARA PROVEEDORES, TERCEROS Y TESISTAS ANTE EL COVID - 19	Versión: 04	Página 1 de 13

ANEXO 5. DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER VINCULO LABORAL CON LA UNALM



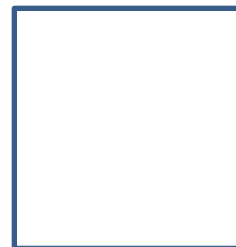
UNIVERSIDAD NACIONAL AGRARIA LA MOLINA DECLARACIÓN JURADA

Yo,, con DNI N°, domiciliado en, con número de celular y correo electrónico, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que asisto a la UNALM en calidad de **y que no tengo vínculo laboral con la UNALM** y encontrándose las acciones que realizo, como no autorizado en el Plan de Vigilancia de la UNALM y dentro de lo normado en el Decreto Supremo No. 036-2021-PCM; asimismo, siendo **consciente de la coyuntura de pandemia por COVID - 19**, asumo total responsabilidad de mi seguridad y salud durante el tiempo que permanezca en las instalaciones de la UNALM.

Asimismo, me comprometo a acatar la normativa interna de la institución que tiene para terceros, respecto al uso de mascarilla, lavado de manos y distanciamiento social.

Lima, de 2021

 FIRMA
 NOMBRE :
 DNI :



Huella Digital

IMPORTANTE: Las autoridades administrativas universitarias validarán la información consignada en la presente declaración es verdadera, de descubrir que es falsa, el firmante incurrirá en un delito penal y se iniciará el proceso legal correspondiente.

