



UNIVERSIDAD NACIONAL AGRARIA LA MOLINA

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

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,
personal de la unidad orgánica
(Docente, Administrativo o CAS)

DECLARO BAJO JURAMENTO que conforme al “*Documento Técnico Atención y Manejo Clínico de Casos de COVID-19*” aprobado mediante RM N°139-2020-MINSA:

NO (....) pertenezco a un grupo de vulnerabilidad o grupo de riesgo,

SI (....) pertenezco a un grupo de vulnerabilidad o grupo de riesgo, con alguno de los factores de riesgo indicados en el cuadro adjunto.

Obesidad	Hipertensión Arterial
Diabetes	Enfermedad Renal Crónica
Asma	Enfermedad Cardiovascular
Cáncer	Enfermedad Pulmonar Crónica
	Enfermedad Hepática Crónica
Otros estados de inmunosupresión	

Así mismo, indicar si: es de edad mayor a 60 años (.....)

Gestante (Tiempo)

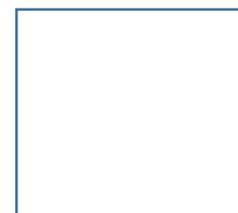
Post parto (menor a 6 semanas)

La Molina, de del 2020.

FIRMA

NOMBRE:

DNI:



Huella Digital

La información proporcionada en la presente declaración jurada queda en custodia y administración de la Unidad de Recursos Humanos de la UNALM, bajo confidencialidad o carácter reservado de los diagnósticos médicos. Se envía al correo: DJsalud-urh@lamolina.edu.pe indicando en el asunto según corresponda DOCENTE, ADMINISTRATIVO o CAS seguido de la dependencia a la que pertenece.