# 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 en

………………………………………………….........................,teléfono/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).

1. **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**

## IF-2021-06987214-GDEBA-DPGRHDGCYE