# 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.

## IF-2021-06987214-GDEBA-DPGRHDGCYE

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



G O B I E R N O DE LA P R O V I N C I A DE 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:** IF-2021-06987214-GDEBA-DPGRHDGCYE

## LA PLATA, BUENOS AIRES

Martes 23 de Marzo de 2021

**Referencia:** Anexo I - DDJJ SALUD

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

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES

DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS, ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715471511

Date: 2021.03.23 13:19:34 -03'00'

Emilio Cassou Director Provincial

Dirección Provincial de Gestión de Recursos Humanos Dirección General de Cultura y Educación

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES

DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS, ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL,

serialNumber=CUIT 30715471511

Date: 2021.03.23 13:19:35 -03'00'