

## FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA

(Base legal: Artículo 8.3 del Decreto Supremo N° 083-2020-PCM)

Mediante el presente documento, yo, [\_\_\_\_\_] (*indicar nombres y apellidos completos*), identificado con Documento Nacional de Identidad N° [\_\_\_\_\_] , domicilio en [\_\_\_\_\_] , teléfono fijo [\_\_\_\_\_] , celular [\_\_\_\_\_] , correo electrónico [\_\_\_\_\_] ; declaro lo siguiente:

1. Soy trabajador/a de la empresa [\_\_\_\_\_] (*indicar razón social de la empresa*), identificada con Registro Único de Contribuyente N° [\_\_\_\_\_] , en la que actualmente ocupo el cargo/puesto de: [\_\_\_\_\_] , realizando las siguientes funciones [\_\_\_\_\_] .
2. Estoy enterado/a y tengo pleno conocimiento que formo parte integrante del grupo con factores de riesgo para COVID-19, conforme a lo establecido en las normas sanitarias emitidas por la Autoridad Nacional Sanitaria.
3. Cuento con el certificado de aptitud de mi estado de salud validado por el/la médico responsable de la vigilancia de la salud de los/as trabajadores/as o quien haga sus veces en el centro de labores de la empresa o entidad, el que deja expresa constancia que me encuentro APTO para la prestación de labores presencial a favor de la empresa.
4. Asimismo, el empleador y/o el/la médico responsable de la vigilancia de la salud de los/as trabajadores/as o quien haga sus veces me ha informado que la realización de labores presencial que me asignen no incrementa mi exposición a riesgo.
5. Voluntariamente deseo concurrir a trabajar a mi centro de labores.
6. Mi empleador/a me ha informado sobre la identificación del peligro, la valoración del riesgo y la aplicación de jerarquía de controles sobre mi puesto de trabajo ante el riesgo de contagio por COVID-19.
7. Mi empleador/a me ha informado y remitido información sobre las medidas preventivas que se han tomado en el centro de trabajo y en mi puesto.
8. Mi empleador me ha informado de los signos y síntomas característicos del SARV CoV2-COVID19 señalados en el ANEXO 2 del Documento Técnico "Lineamientos para vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID19" contenido en la Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA que a la fecha del retorno al trabajo no presento.
9. Mi empleador/a me ha informado que cumple la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y modificatorias; su Reglamento y modificatorias; las disposiciones legales emitidas para la vigilancia, prevención y control del COVID-19, según la Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA y modificatorias; y las demás normas sanitarias que emita la Autoridad Nacional Sanitaria.



SQA

10. Mi empleador/a me ha informado que garantiza la entrega, capacitación sobre su uso adecuado, conservación y eliminación de los equipos de protección personal requeridos para mi cargo/puesto de trabajo.

Firmado en la ciudad de [\_\_\_\_\_], el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 2020.

**Nombre completo y firma del trabajador/a**

El/la representante legal de la empresa y el/la médico responsable de la vigilancia de la salud o quien haga sus veces en el centro de labores de la empresa firman la presente declaración jurada en señal de conformidad y veracidad de la información declarada por el/la trabajador/a.

**Nombre completo y firma del representante legal**

**Nombre completo, firma y sello del médico responsable  
o quien haga sus veces que autoriza**



*SOF*