



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

DECLARACIÓN JURADA DE ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDAD VOLUNTARIA PARA PRESTAR SERVICIOS PRESENCIALES POR PERTENECER A GRUPOS DE RIESGOS PARA PERSONAL MILITAR

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

Mediante el presente documentos, yo,(1),.....(2), identificado/a con DNI.(3) y CIP(4), con domicilio en.....(5), correo electrónico.....(6), declaro lo siguiente:

1. Soy Personal Militar de la Marina de Guerra del Perú, identificado (a) con Registro Único de Contribuyente (RUC) N° 20153408191, prestando servicios en el/la(7), actualmente ocupo el cargo/puesto de:....., realizando las siguiente funciones:(8).
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 de Juntas de Sanidad del Centro Médico Naval, que deja expresa constancia que me encuentro APTO para la prestación de labores presencial a favor de la Institución.
4. Asimismo, el Comando de la Unidad o Dependencia y/o el médico de Juntas de Sanidad del Centro Médico Naval, me ha informado que la realización de labores presenciales que me asignen no incrementa mi exposición a riesgo.
5. Voluntariamente deseo concurrir a trabajar a mi centro de labores.
6. Mi Comando 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 Comando me ha informado sobre las medidas que se han tomado en el centro de trabajo y en mi puesto.
8. Mi Comando me ha informado de los signos y síntomas característicos del SARV CoV2-COVID-19 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 COVID-19” contenido en la Resolución Ministerial N° 448-2020-MINSA que a la fecha del retorno al trabajo no presento.

9. Mi Comando 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° 448-2020-MINSA y modificatorias; y las demás normas sanitarias que emita la Autoridad Nacional Sanitaria.
10. Mi Comando me ha informado que garantiza la entrega, capacitación sobre el 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....., del 2020

(Nombre completo y firma del trabajador)

El/la representante legal de la empresa/entidad y el/la médico de Juntas de Sanidad del Centro Médico Naval o quien haga a sus veces firma la presente declaración jurada en señal de conformidad y veracidad de la información declarada por el/la trabajador/a.

(Comandante de la Unidad o Dependencia)

(Grado, nombre completo, firma y sello del Médico de Juntas de Sanidad del Centro Médico Naval)

LEYENDA:

- (1) Nombres y apellidos
- (2) Grado y Especialidad
- (3) Número de DNI.
- (4) CIP
- (5) Domicilio actual.
- (6) Correo electrónico
- (7) Unidad o Dependencia donde labora.
- (8) Funciones que desempeñara.