

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

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 no docente de la Provincia de Buenos Aires, manifiesto con carácter de Declaración Jurada, encontrarme o no comprendido dentro los grupos de riesgo enmarcados en la Resolución 207/2020 del Ministerio de Trabajo de la Nación y en la Resolución 90/2020 del Ministerio de Jefatura de Gabinete de la Provincia de Buenos Aires, deberá marcar con una X en los grupos que se detallan a continuación:

Grupos de Riesgo	Si	No
Trabajadora Embarazada		
Enfermedades respiratorias crónica:		
enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]		
enfisema congénito		
displasia broncopulmonar		
bronquiectasias		
fibrosis quística		
asma 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.		
Paciente en tratamiento oncológico:		
Obesidad mórbida:		

Firma

Aclaración

DNI