

**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