FECHA……….

LOGO DE LA EMPRESA

La seguridad de nuestros empleados, proveedores, clientes, familiares y visitas sigue siendo una de las principales prioridades de………..(NOMBRE DE LA EMPRESA). En virtud que el brote de CORONAVIRUS (COVID 2019) continúa evolucionando y diseminándose globalmente, y con la finalidad de prevenir y reducir el potencial riesgo de exposición en nuestro lugar de trabajo, hemos desarrollado un simple cuestionario para que Ud. complete y nos ayude a tomar medidas de precaución para protegerlo tanto a Ud. como a todos los integrantes de ésta Empresa.

Agradecemos desde ya su participación.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Empleado: | Teléfono de Contacto Fijo: |
| Dirección de Correo Electrónico: | Teléfono Celular: |

|  |
| --- |
| DECLARACIÓN JURADA |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | ¿Viajó Ud. al exterior en los últimos 90 días?  SI NO |
| 2 | En caso afirmativo, indique destino/s de su viaje y fecha de regreso al país.  DESTINO/S: FECHA DE REGRESO: |
| 3 | ¿Estuvo Ud. en contacto con persona alguna que en los últimos 14 días hubiese regresado del exterior?  SI NO |
| 4 | En caso afirmativo, indique destino/s y fecha de regreso al país.  DESTINO/S: FECHA DE REGRESO: |
| 5 | ¿Presentó Ud. en los últimos 14 días alguno de los siguientes síntomas gripales: fiebre, tos, dolor de garganta, falta de aire, dificultad respiratoria?  SI NO |
| 6 | Informe si se encuentra incluido dentro en los grupos de riesgo que define la autoridad sanitaria nacional   1. Enfermedades respiratorias crónica: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema congénito, displasia broncopulmonar, bronquiectasias, fribrosis quística y asma moderado o severo 2. Enfermedades cardíacas: Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, valvulopatías y cardiopatías congénitas 3. Inmunodeficiencias 4. Diabéticos, personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses 5. Mayor de sesenta años (60). 6. Trabajadora Embarazada. 7. Trabajador/a a cargo de niña, niño o adolescente en edad escolar. | |

Cualquiera de las respuestas afirmativas a los Punto 1, 3, 6 del presente cuestionario, deberán ser acreditadas mediante la presentación de documentación respaldatoria, con la mayor precisión y detalle del caso, en el término de 48 horas.

Asimismo, la Empresa queda facultada ante cualquier respuesta afirmativa del presente cuestionario a efectuar las comunicaciones y/o denuncias ante los organismos correspondientes: (107 Ámbito de GCBA) (148 Ámbito de Provincia de Buenos Aires) y (147 y 134 para denunciar violación de cuarentena).

La detección de inconsistencias en la presente declaración constituirá un incumplimiento grave de su parte y será pasible de sanciones disciplinarias.

FIRMA:

ACLARACIÓN: Nº DE DNI: