LOGO DE LA EMPRESA

Fecha:…………….

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE DISPENSA LABORAL** **DECLARACIÓN JURADA** |

|  |
| --- |
| Nombre/s y apellido/s: |
| Domicilio: |
| Teléfono de Contacto Fijo: |
| Teléfono Celular: |
| Dirección de Correo Electrónico: |

Por medio de la presente, declaro pertenecer al grupo de trabajadores y trabajadoras alcanzados por la dispensa del deber de asistencia al lugar de trabajo conforme a la Resolución 207/2020 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación y/o al Decreto de Necesidad y Urgencia 260/2020 y la Resolución 202/2020 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.

A tales fines, declaro bajo juramento que:

|  |
| --- |
| Presento fiebre y uno o más síntomas respiratorios (tos, dolor de garganta o dificultad respiratoria) y además en los últimos 15 días he viajado a “zonas afectadas” y/o estuve en contacto con casos confirmados o probables de COVID-19.  |
| Padezco enfermedades respiratorias crónicas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema congénito, displasia broncopulmonar, bronquiectasias, fibrosis quística y asma moderado o severo. |
| Soy inmunodeficiente. |
| Soy diabético, padezco insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses. |
| Mayor de sesenta años (60).  |
| Estoy cursando un embarazo. |
| Me encuentro a cargo de niña, niño o adolescente en edad escolar y ningún otro progenitor o persona responsable ha solicitado la dispensa del deber de asistencia al lugar de trabajo. |

Me comprometo a acreditar la situación señalada por las respuestas positivas previamente marcadas mediante la presentación de documentación respaldatoria, con la mayor precisión y detalle del caso, en el término de 48 horas, detallando la misma a continuación:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Asimismo, declaro que, en el marco de la buena fe contractual y de la Resolución 207/2020 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, pongo mi capacidad de trabajo a disposición para que de considerarlo se me asignen las tareas habituales y/o análogas, que deberé realizar de forma remota.

Por otra parte, declaro comprender que mi empleador queda facultado 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).

Finalmente, declaro comprender que la detección de inconsistencias, falsedades u ocultamientos en la presente declaración constituirá un incumplimiento grave de mi parte, por lo que en tal caso seré pasible de sanciones disciplinarias.

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI: