

DECLARACIÓN JURADA DE PERTENECER A GRUPO DE RIESGO POR PROPAGACIÓN DEL COVID-19

Yo, Grover Callirgos Cuba _____ con DNI o CE N° _____ 09853497 _____, con fecha de nacimiento ___27___/___09___/____1973___ y con ___48___ años de edad, domiciliado en ___Av Pacifico 292 urb Alta Mar la perla callao _____.

Actualmente ocupando el cargo de: **TELEOPERADOR CSR** en el servicio/ área **VODAFONE**, bajo el irrestricto respeto del derecho a la intimidad que la ley me confiere y con carácter de confidencialidad, a usted atentamente digo:

Que en el marco de la propagación del brote de COVID-19, el Estado ha emitido diversas disposiciones normativas para salvaguardar la salud de la población. En ese sentido, declaro bajo juramento, la siguiente información:

(Marque con un aspa si corresponde):

X

1. **No sufrir enfermedades crónicas**

2. **Sufrir la(s) siguiente(s) enfermedad(es): (Marque con un aspa "X" si corresponde)**

Edad de 65 años a más	
Hipertensión Arterial	
Diabetes Mellitus	
Enfermedad Cardiovascular	
Enfermedad Pulmonar Crónica	
Cáncer	
Otros estados de Inmunosupresión	
IMC \geq 40 (Índice de Masa Corporal)	Peso: 90 Talla: 1.72 IMC:
Estado actual de gestación (embarazo)	Indicar cuantas semanas:
En periodo de lactancia exclusiva	Indicar en que semana:

En ese orden de ideas, asumo las responsabilidades correspondientes ante mi empleador, por la veracidad de la presente declaración jurada.

Ratifico la veracidad de lo declarado, manifestando someterme a la autoridad vigente y a las responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que se pudieran derivar en caso que algunos de los datos consignados sean falsos, siendo pasible a la fiscalización posterior que la empresa considere pertinente, La información contenida en este documento está protegida por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.

Asimismo, autorizo a mi empleador, el uso confidencial de la información brindada, solo y exclusivamente para

los fines de salvaguardar la salud y bienestar de los trabajadores que pudieran encontrarse dentro de los grupos de riesgos establecidos por la norma.

Lima, __29__ de ____Septiembre _____ del 2021

FIRMA