**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

**DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA UNSA**

**ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA (COVID – 19)**

1. **DATOS PERSONALES:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRES:** |  | | |
| **LUGAR DE NACIMENTO:** |  | **NACIONALIDAD:** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** | **/ /** | **EDAD :** |  |
| **SEXO:** | **F ( ) M ( )** | |  |
| **DOMICILIO:** |  | | |
| **DISTRITO:** |  | **PROVINCIA:** |  |
| **DNI:** |  | **E-MAIL** |  |
| **TELÉFONO/ FIJO:** |  | **CELULAR:** |  |

1. **DATOS LABORALES:**

|  |  |
| --- | --- |
| TIPO: | NOMBRADO ( ) CONTRATADO ( ) CAS ( ) SUPLENCIA ( ) |
| DEPENDENCIA: |  |
| SUBDEPENDENCIA: |  |
| FECHA DE INGRESO: | **/ /** |

1. **HISTORIAL MÉDICO:** Tiene o ha tenido alguna vez las siguientes enfermedades:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MARQUE CON UNA X EN EL CASILLERO QUE CORRESPONDA | SI | NO | OBSERVACIÓN |
| Hipertensión arterial |  |  |  |
| Enfermedades Cardiovasculares |  |  |  |
| Diabetes |  |  |  |
| Obesidad |  |  |  |
| Asma |  |  |  |
| Enfermedades Respiratorias Crónicas |  |  |  |
| Insuficiencia Renal Crónica |  |  |  |
| Enfermedad o tratamiento inmunosupresor |  |  |  |

***Nota****: Los datos consignados en el presente documento se recaban a fin de poder implementar el Trabajo Remoto regulado en el Decreto de Urgencia N° 026 – 2020 y en el marco de la Emergencia Sanitaria a nivel nacional declarada mediante el Decreto Supremo N° 008 – 2020 - SA, en tal sentido el tratamiento de los mismos se realizará conforme a las disposiciones contenidas en Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS.*

***La información consignada deberá ser sustentada documentariamente en el plazo de 15 días hábiles de haber culminado el estado de emergencia sanitaria lo que estará sujeto a las verificaciones correspondientes realizando el control posterior conforme lo dispone el TUO de la LEY 27444.***

Declaro bajo juramento que la información consignada es verdadera y faculto a la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa que al detectar ocultamiento o falsa información me aplique las sanciones administrativas correspondientes.

Arequipa, de abril de 2020

………………………………..

FIRMA

DNI: