**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**