**ANEXO 1: Solicitud de Certificado de Aptitud**

Pueblo Libre, de de 2020.

Señores

**MUNICIPALIDAD DE PUEBLO LIBRE**

Presente.-

Asunto: **Se solicita la emisión de CERTIFICADO DE APTITUD**

Referencia: Resolución Ministerial N° 099-2020-TR,

Atención: Subgerencia de Recursos Humanos

De mi consideración:

Se dirige a ustedes, APELLIDOS Y NOMBRES, con DNI N° 00000000, trabajador bajo el Régimen Laboral N° (276 – 728 – 1057), desempeñando el Cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en la Gerencia/Subgerencia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; a fin de declarar que el suscrito es una persona que se encuentra en el Grupo de Riesgo para COVID-19, presentando el(los) siguiente(s) factor(es) de riesgo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Condiciones de Salud** | **SI** | **NO** |
| * Edad mayor a 65 años
 |  |  |
| * Hipertensión arterial refractaria
 |  |  |
| * Enfermedades cardiovasculares graves
 |  |  |
| * Cáncer
 |  |  |
| * Diabetes Mellitus
 |  |  |
| * Asma moderada o grave
 |  |  |
| * Enfermedad pulmonar crónica
 |  |  |
| * Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis
 |  |  |
| * Enfermedad o tratamiento inmunosupresor
 |  |  |
| * Obesidad con IMC (Índice de Masa Corporal) de 40 a más
 |  |  |

En ese sentido, considerando el suscrito, en forma voluntaria y personal, que me encuentro con buen estado de salud y deseando por este motivo concurrir a trabajar a mi centro de trabajo en la Municipalidad, es que solicito se me otorgue el correspondiente Certificado de Aptitud, expedido y validado por el Médico en Salud Ocupacional de la entidad, lo que me permitirá seguidamente generar la respectiva Declaración Jurada que regula el documento de la referencia.

Atentamente,

 (firma)

Apellidos y Nombres: Xxxxxxxxxx Xxxxxxxxxxx

 DNI: 00000000