**ANEXO 3: DECLARACIÓN JURADA**

(Base legal: Artículo 8.3 del Decreto Supremo N° 083-2020-PCM)

Mediante el presente documento, yo, (indicar nombres y apellidos completos) [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_], identificado/a con Documento Nacional de Identidad N° [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_], domicilio en (dirección y distrito) [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_], teléfono fijo [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_], celular [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_], correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]; declaro lo siguiente:

1. Soy trabajador/a de la MUNICIPALIDAD DE PUEBLO LIBRE, entidad pública identificada con Registro Único de Contribuyente N° 20131377062, en la que actualmente ocupo el cargo/puesto de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, realizando las siguientes funciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. Estoy enterado/a y tengo pleno conocimiento que formo parte integrante del grupo con factores de riesgo para COVID-19, conforme a lo establecido en las normas sanitarias emitidas por la Autoridad Nacional Sanitaria.
2. Cuento con el certificado de aptitud de mi estado de salud validado por el/la médico responsable de la vigilancia de la salud de los/as trabajadores/as de la entidad, el que deja expresa constancia que me encuentro APTO para la prestación de labores presencial a favor de la entidad.
3. Asimismo, el empleador y/o el/la médico responsable de la vigilancia de la salud de los/las trabajadores/as me ha informado que la realización de labores presencial que me asignen no incrementa mi exposición a riesgo.
4. Voluntariamente deseo concurrir a trabajar a mi centro de labores.
5. Mi empleador me ha informado sobre la identificación del peligro, la valoración del riesgo y la aplicación de jerarquía de controles sobre mi puesto de trabajo ante el riesgo de contagio por COVID-19.
6. Mi empleador me ha informado y remitido información sobre las medidas preventivas que se han tomado en el centro de trabajo y en mi puesto.
7. Mi empleador me ha informado de los signos y síntomas característicos del SARV CoV2- COVID19 señalados en el ANEXO 2 del Documento Técnico “Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19” contenido en la Resolución Ministerial N° 448-2020-MINSA (que deroga la Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA, modificada por la Resolución Ministerial N° 265-2020- MINSA y la Resolución Ministerial N° 283-2020-MINSA) que a la fecha del retorno al trabajo no presento.
8. Mi empleador me ha informado que cumple la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y modificatorias; su Reglamento y modificatorias; las disposiciones legales emitidas para la vigilancia, prevención y control del COVID-19, según la Resolución Ministerial N° 448 -2020-MINSA; y las demás normas sanitarias que emita la Autoridad Nacional Sanitaria.
9. Mi empleador me ha informado que garantiza la entrega, capacitación sobre su uso adecuado, conservación y eliminación de los equipos de protección personal requeridos para mi cargo/puesto de trabajo.

Firmado en Pueblo Libre, el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

Firma del trabajador/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre completo del

trabajador/a: ………………………………………………………………….

El/la representante legal de la empresa y el/la médico responsable de la vigilancia de la salud de la Municipalidad de Pueblo Libre firman la presente declaración jurada en señal de conformidad y veracidad de la información declarada por el/la trabajador/a.

Nombre completo y firma del representante legal

Nombre completo firma y sello de el/la médico responsable de la vigilancia de la salud de los/as trabajadores/as que autoriza