

ANEXO I – DISPOSICIÓN SSLyT 004/2020



Declaración jurada para la solicitud de dispensa a la asistencia al lugar de trabajo

Legajo N°

En la Ciudad de _____, a los _____ días del mes de mayo de 2020.

| | |
|-----------|----------------------|
| Apellidos | <input type="text"/> |
| Nombres | <input type="text"/> |

Por medio del presente solicito estar eximido a concurrir a mi puesto de trabajo por el/los siguiente/s motivos:

Me encuentro embarazada.

Me encuentro inmunosuprimida/o.

Poseo antecedentes de problemas respiratorios.
(Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, bronquiectasias, fibrosis quística y asma moderado o severo.)

Poseo antecedentes de afecciones cardíacas.
(Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, valvulopatías y cardiopatías congénitas.)

Padezco diabetes tipo 1.
(Insulinodependiente.)

Padezco insuficiencia renal.
(Personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses.)

Convivo con familiar miembro del grupo de riesgo.
(Presentar, en caso de corresponder, certificación médica respaldatoria.)

Soy progenitor, progenitora o persona adulta responsable a cargo, de presencia indispensable para el cuidado de niño, niña o adolescente.
(Justificar esta necesidad. Podrá acogerse a esta dispensa solo un progenitor o persona responsable, por hogar.)

Declaro bajo juramento que la información volcada en el presente formulario, referida a mi persona, es veraz y correcta a mi leal saber y entender.

.....
Firma del Agente