



ANEXO 3
FORMATOS DE DECLARACIÓN
FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19 PARA EL REINICIO GRADUAL DE
LABORES Y/O ACTIVIDADES

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.															
SEDE: Ica	RUC: 20131373237														
Apellidos y nombres: SORIA QUISPE JULIO CESAR															
Órgano/Unidad orgánica:	DNI:23267254														
Dirección: Urb. Palazuelos Mz. C Lt 06 – cercado de Ica	Número (celular): 955841666														
<p>En los últimos 7* días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><ol style="list-style-type: none">1. Sensación de alza térmica o fiebre.2. Tos, estornudos o dificultad para respirar.3. Expectoración o flema amarilla o verdosa.4. En los últimos 7* días, ¿ha estado usted en contacto con algún familiar o persona sospechosa o confirmada de COVID-19?5. ¿Está tomando alguna medicación? (Detallar cuál o cuáles)6. En los últimos 7* días, ¿tuvo un resultado positivo en una prueba de laboratorio para descarte de COVID-19?</div><table border="1" style="border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 50px;">SI</th><th style="width: 50px;">NO</th></tr></thead><tbody><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr></tbody></table></div> <p>*Se deberá considerar el marco normativo vigente emitido por el Minsa respecto a los plazos.</p>		SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SI	NO														
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>														
<p>Todos los datos expresados en esta ficha constituyen Declaración Jurada de mi parte. He sido informado de que, de omitir o falsear información, puedo perjudicar la salud de mis compañeras/compañeros, y la mía, por lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.</p> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"><div style="text-align: center;"><div style="margin-top: 10px;">FIRMA</div></div><div style="margin-left: 20px; text-align: center;"><div style="margin-top: 10px;">JULIO CESAR SORIA QUISPE DOCENTE DE EPT - ELECTRÓNICA</div></div></div> <p>Ica, 14 de marzo del 2022.</p>															