

ANEXO

DECLARACIÓN JURADA

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los días del mes de del año 2022
quien suscribe CUIL....
LP.....con domicilio real en teléfono
celular..... teléfono fijo..... en mi carácter de trabajador/a
del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
(indicar repartición de revista), manifiesto con carácter de declaración jurada:

(Tildar la opción correspondiente)

- Haber estado en contacto estrecho por razones personales o por motivo de servicio con un probable/confirmado caso covid-19 positivo (coronavirus) en el transcurso de los 5 días inmediatos anteriores. ☐
- Presentar síntomas compatibles con covid-19 (coronavirus). ☐

1er Dosis de vacunación: (fecha y vacuna)

2da Dosis de vacunación: (fecha y vacuna)

3da Dosis de vacunación (refuerzo): (fecha y vacuna)

No vacunado: ☐

(Completar únicamente en caso de contacto estrecho)

Nombre y Apellido del contacto estrecho probable/confirmado caso covid-19 positivo (coronavirus):

Fecha de último contacto directo:

Vínculo con la persona:

El/la que suscribe, manifiesta en calidad de Declaración Jurada y asume toda la responsabilidad civil, penal y administrativa, así como el descuento de los haberes correspondientes a las ausencias injustificadas que pudieran corresponder, por cualquier falsedad, omisión u ocultamiento de información contenida en el presente formulario y declara que la documentación anexa es veraz, exacta y subsiste al tiempo de efectuarse esta presentación.

Asimismo y en igual sentido, declaro ser responsable de informar, a mi dependencia de servicio y al personal de Capital Humano, de manera URGENTE los resultados del Hisopado POSITIVO y/o NEGATIVO del contacto estrecho o del Hisopado POSITIVO y/o NEGATIVO propio, según corresponda, asumiendo por la presente la responsabilidad por el retraso en el reingreso al servicio.

En virtud de lo declarado solicito se me haga extensivo el permiso de ausencia extraordinaria y de carácter obligatorio creado en el marco de los términos de la resolución de firma conjunta N° 160-MHFGC-GCABA/20.

FIRMADO

Jerarquía/ Nivel

Nombre y apellido-----