**COMUNICADO**

La Gerencia Regional de Educación de Moquegua a través de Recursos Humanos comparte la siguiente encuesta de riesgo y vulnerabilidad frente al COVID-19 (Coronavirus) a todos sus docentes y trabajadores.

Esta encuesta tiene carácter de Declaración Jurada, por lo tanto, es muy importante y urgente que todos los miembros administrativos, logísticos, pedagógicos de la Gerencia Regional de Educación de Moquegua, llenen esta ficha con datos reales y a la mayor brevedad posible.

La razón de esta encuesta de vulnerabilidad es para que nuestra facultad evalúe la situación de su personal para pueda tomar decisiones que garanticen su salud, y se puedan brindar medidas de prevención ante la situación de pandemia fase II (rebrote) que estamos viviendo.

Remitir al correo: [asocial@gremoquegua.edu.pe](mailto:asocial@gremoquegua.edu.pe).

Declaración Jurada de Vulnerabilidad frente al COVID 19

La presente Declaración Jurada, se realiza al amparo del principio de presunción de veracidad establecida en el artículo IV numeral 1 punto 1.7 del Decreto Supremo N° 004 – JUS – 2019 que aprueba la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444.  
Con la remisión de esta Declaración Jurada a Recursos Humanos se otorga su conformidad.

\*Obligatorio

Dirección de correo electrónico \*

…………………………………………………………………………………………………..

APELLIDOS Y NOMBRES \*

………………………………………………………………………………………………

EDAD

……………………………………………………………………………………..

N° CELULAR ……………………………………………………………………………….

Nombre de Contacto en caso de Emergencias …………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

N° de celular : ………………………………

1. ¿A qué dependencia de la GREMO perteneces? \*

………………………………………………………………………………………………….

1.1. ¿Cuál es tu modalidad de contrato? \*

Nombrado

Designado

CAS

Locación de Servicios

Terceros

Otro:

…………………………………………………………………………………..

2. ¿Cuentas con un Seguro de Salud? \*

Sí…………

No………..

3. Si la respuesta anterior es positiva, señale el tipo de seguro que tiene:

……………………………………………………………….

4. En los últimos días o semanas, usted o algún familiar con el que vive o frecuenta ha presentado los siguientes síntomas: \*

Tos seca

Fiebre

Dolor de garganta

Malestar general

Tiene dificultad para respirar

No percibe bien los olores ni siente sabor a los alimentos

No presenta síntomas

5. Si las hubiera, ¿cuantas personas de su entorno familiar (incluyéndolo) son portadores confirmados del COVID-19? \*

………………………………………………………………………………………………………

6. Por favor, precise dónde recibe atención:

…………………………………………………………………………………………..

7. Por favor, describa las medidas adoptadas:

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………

8. ¿Padece usted alguna enfermedad crónica? \*

Sí ……

No ……

9. Señale el nombre de la enfermedad (MARCAR)

**o HIPERTENSION ARTERIAL**

**o ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

**o DIABETES**

**o OBESIDAD**

**o ASMA**

**o ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS**

**o INSUFICIENCIA RENAL**

**o ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR**

10. Si usted es mujer y está embarazada confirme el tiempo (semanas) de gestación:……………………………………………………………………………….

Nota: En caso de retorno deberá presentar su Constancia de Prueba y Carta Notarial en caso de tener más de 65 años.

Enviar respuesta.