**ANEXO N° 04**

**DECLARACIÓN JURADA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19**

Por el presente documento yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con Documento Nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, al amparo de lo dispuesto por los artículos 41° y 42° de la ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos. **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que en los últimos 14 días calendarios he tenido alguno de los síntomas siguientes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SI | NO |
| 1. Sensación de alza termina o fiebre |  |  |
| 1. Tos, estornudo o dificultad para respirar |  |  |
| 1. Expectoración o flema amarilla o verdosa. |  |  |
| 1. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19. |  |  |
| 1. Está tomando alguna medicación. |  |  |
| Detallar cuales: |  |  |

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen una declaración jurada de mi parte.

He sido informado que, de omitir o falsear información, puedo perjudicar la salud de mis compañeros y la mía propia, lo cual constituye una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.

Macusani: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI:

Huella Dactilar