**Ficha de sintomatología COVID-19 para el regreso al trabajo Declaración Jurada**

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES**

**RUC:** **20177689051**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos y Nombres: |  |
| DNI: |  |
| Dirección: |  |
| Celular: |  |

En los últimos 14 días calendario he tenido alguno de los síntomas siguientes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **SI** | **NO** |
| 1 | Sensación de alza térmica o fiebre |  |  |
| 2 | Tos, estornudos o dificultad para respirar |  |  |
| 3 | Expectoración o flema amarilla o verdosa |  |  |
| 4 | Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19 |  |  |
| 5 | Está tomando alguna medicación |  |  |
| Detallar cuál o cuáles: | | | |
|
|
|

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.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_