DDJJ VACUNACIÓN COVID-19

A los ……...........…. días del mes de …………………….... del año 202……, quien suscribe………………………………………….................…. CUIL …………..............……. con domicilio real en………………...…...

…………………..............……....................…………………, teléfono fijo/ celular……..............…………………................, en mi carácter de trabajador/a de la Universidad Nacional de Catamarca, Dependencia…………………… ……………………………………………. (indicar área en la que presta servicios), manifiesto lo siguiente:

*(Marque con cruz lo que corresponda)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Recibí la vacuna contra el COVID-19 | SI |  |
| NO |  |

En caso de haber respondido afirmativamente, se solicita completar los siguientes campos:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la vacuna recibida |  |
| Fecha de aplicación de la 1era dosis |  |
| Fecha de aplicación de la 2da dosis |  |

En caso de no haber recibido la vacuna contra el COVID-19, se solicita completar los siguientes campos: *(Marque con cruz lo que corresponda)*

No recibí la vacuna contra COVID-19

Por decisión propia.

Otros.

Por indicación médica.

En caso de haber indicado la opción “Otros”, explicar el motivo en el siguiente campo:

*Manifiesto con carácter de declaración jurada que:*

Toda la información suministrada en la presente es veraz y exacta, y asumo toda responsabilidad civil, penal y administrativa, así como el descuento de los haberes correspondientes a las ausencias que pudieran devenir en injustificadas en caso de detectarse cualquier falsedad, omisión u ocultamiento de lo que aquí declaro.

En caso de recibir la vacuna COVID-19, pondré en conocimiento de manera fehaciente a mi repartición, completando nuevamente la presente declaración jurada.

Por último, declaro estar en pleno conocimiento de que la dispensa enmarcada en los términos del artículo 3 del Decreto S-Seg. Nro. 1439/2021y de la RSREC Nro. 391/2021, por las cuales se autoriza a convocar al personal considerado como grupo de riesgo una vez transcurridos CATORCE (14) días de haber completado el esquema de vacunación en su totalidad.

FIRMA…………………………………………. ACLARACION……………………………………………..…………………………………………. DNI…………………………………….