DECLARACIÓN JURADA DE ASUNCION DE RESPONSABILIDAD VOLUNTARIA

# Yo; …………………………………………………………………………………….

identificado con DNI N° …………………………, con domicilio real en

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

……………del grupo ocupacional……………………………………………………

Del establecimiento de salud/oficina……………………………………………………………………

En pleno uso de mis facultades y por voluntad propia declaro bajo juramento de conformidad con el Decreto Supremo N° 031-2020-SA, que prorroga el Estado de Emergencia Sanitaria por noventa días a partir del 07 de diciembre del 2020; que expresa que los trabajadores que deseen prestar sus servicios pueden suscribir una declaración jurada de asunción de responsabilidad voluntaria.

Expreso mi voluntad y asunción de responsabilidad voluntaria para prestar mis servicios en la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este, no obstante de presentar factor de riesgo/ comorbilidad.

**CELULAR PERSONAL: …………………………………….**

**FECHA : …………………………………….**

## FIRMA DEL TRABAJADOR

**HUELLA DIGITAL**