**SOLICITUD DE LICENCIA POR AISLAMIENTO SOCIAL OBLIGATORIO**

Que, mediante Decreto Supremo N° 031-2020-SA, se declara el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19, señalándose en el Artículo 1°; por el plazo de 90 días calendario desde el día 7 de diciembre de 2020 y dispóngase el aislamiento social obligatorio (cuarentena), por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19.

Al respecto, el suscrito en calidad de trabajador(a) de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este, del Establecimiento de salud ……………………………………………………………, en atención a lo establecido en la Resolución Ministerial N°839-2020/MINSA, mediante el cual aprueba el Documento Técnico: Manejo de personas afectadas COVID-19 en servicios de hospitalización manejo clínico de casos de COVID-19 y la RM 972 -2020-MINSA de los Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS-CoV-2, declaro bajo juramento los datos que consigno, que sustentan la presente solicitud voluntaria de acogerme al aislamiento social obligatorio, se basan en los FACTORES DE RIESGOS siguientes:

1. Edad mayor a 65 años SI ( ) NO ( ) OTROS:………………………………………
2. Hipertensión Arterial SI ( ) NO ( ) OTROS:………………………………………
3. Enfermedades Cardiovasculares SI ( ) NO ( ) OTROS:………………………………………
4. Diabetes SI ( ) NO ( ) OTROS:………………………………………
5. Obesidad IMC > 40 SI ( ) NO ( ) OTROS:………………………………………
6. Enfermedad Pulmonar Crónica SI ( ) NO ( ) OTROS:………………………………………
7. Cáncer SI ( ) NO ( ) OTROS:………………………………………
8. Otros estados inmunosupresión SI ( ) NO ( ) OTROS:………………………………………

Si la respuesta es SI en alguno de los casos indicados, referir el establecimiento de salud se hace regularmente su seguimiento clínico y atención…………………………………………………..

DATOS PERSONALES:

Apellidos y Nombres: …………………………………………………………………………………………………………

Documento de Identidad: …………………………………………………………………………………………………………

Teléfono / Celular: …………………………………………………………………………………………………………

Correo Electrónico: …………………………………………………………………………………………………………

**FECHA: …………………………..**

 FIRMA Y HUELLA DEL TRABAJADOR