

República Argentina
PROVINCIA DEL CHUBUT
SECRETARIA GENERAL DE GOBIERNO
Dirección General de Reconocimientos Médicos



DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION DE PERSONAL
SECRETARIA GENERAL DE GOBIERNO
PROVINCIA DEL CHUBUT

DECLARACION JURADA

El presente documento afirma que los datos consignados en el mismo son correctos, completos y verídicos, como asimismo autentica la firma del responsable al pie, y que ésta Declaración Jurada se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad e implica el conocimiento de la Legislación vigente (Ley 1987, Ley 24.557, Resol 43/97, Dto. 2005/91 y sus modificatorias). El incumplimiento de la misma, ocasionará sanciones y/o pérdida de la relación laboral.

Con motivo de consignar Enfermedades Preexistentes, Antecedentes Médicos de importancias y patologías de las que tengo conocimiento, sin que ello sea causa de discriminación alguna, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que, quien suscribe:

Sr/a. DNI/CI/LC N°
postulante a ingresar en dependiente de
..... **DECLARO BAJO JURAMENTO,**
que padezco (enfermedad/es)

Antecedentes Médicos; que tengo conocimiento haber padecido o padecer de: (Hepatitis A, B, C., Enfermedades Infecciosas, Alergias, Enfermedades Respiratorias, Neoplásicas, Neurológicas y/o Psiquiátricas):

Se firma la presente en a los días, del mes
de del año 200

.....
Firma del postulante

Para llenar por el médico de cabecera: (tachar lo no no corresponda).

Certifico que el Sr/a. se encuentra
APTO NO APTO Física o Psíquicamente para el cargo el cual se postula.

.....
Firma y sello del profesional