

**ANEXO 03 B**  
**DECLARACIÓN JURADA PARA EL GRUPO DE RIESGO DEL CORONAVIRUS**  
**(COVID-19)**  
**-PARA LOS ALUMNOS-**

Apellidos y nombres del alumno:			
Apellidos y nombres del padre/madre /tutor o apoderado del alumno menor de edad			
Especialidad / carrera del alumno:			
Dirección Zonal:			
Semestre:			
Sede:			
Teléfono de contacto fijo del alumno:			
Número de celular del alumno			
Domicilio del alumno:			
DNI N° del padre/madre /tutor o apoderado del alumno menor de edad			
DNI N° del alumno:		Edad:	

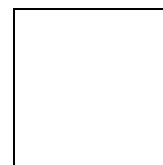
Por medio de la presente, DECLARO BAJO JURAMENTO, que mi menor hijo ( ) mi persona ( ), se encuentra dentro del Grupo de Riesgo vulnerable al Coronavirus (COVID-19), conforme lo establecido por las normas sanitarias emitidas por el Ministerio de Salud, por tener:

	Aspectos a evaluar	Marque lo correspondiente		Observaciones: tratado y/o controlado
		SI	NO	
1	Edad mayor de 65 años.			
2	Cáncer.			
3	Enfermedad renal crónica.			
4	Enfermedad pulmonar crónica: EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica); fibrosis quística; fibrosis pulmonar; hipertensión pulmonar; asma grave o no controlada.			
5	Afecciones cardíacas, tales como insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias o miocardiopatías.			
6	Diabetes mellitus, tipo 1 y tipo 2.			
7	Obesidad (índice de masa corporal [IMC] de 30kg/m2 o más).			
8	Personas inmunodeprimidas (sistema inmunitario debilitado) por inmunodeficiencias primarias, uso			

	prolongado de corticosteroides u otros medicamentos inmunosupresores.			
9	Receptores de trasplante de órganos sólidos o células madre sanguíneas.			
10	Enfermedad cerebrovascular (infarto o hemorragia cerebral).			
11	Hipertensión arterial.			
12	Síndrome de Down.			
13	Embarazo.			
14	Infección por VIH.			
15	Otros que establezca la Autoridad Sanitaria Nacional frente a futuras evidencias.			

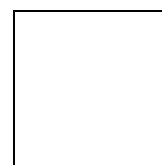
- Que, soy consciente que el Médico Ocupacional ha validado que el factor de riesgo de mi menor hijo ( ) mi ( ) persona, no representa un peligro para su ( ) mi ( ) salud al desarrollar las actividades de formación presencial.
- SENATI me ha informado que cumple con la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y sus modificatorias, su Reglamento y disposiciones legales emitidas para la vigilancia, prevención y control de la Salud de los trabajadores con riesgo de exposición al Coronavirus (COVID-19) según la Resolución Ministerial N° 1275-2021-MINSA. que aprueba la Directiva Administrativa N° 321-MINSA/DGIESP-2021.
- Asimismo, declaro que la información brindada en la presente Declaración Jurada es verdadera, en consecuencia, asumo la responsabilidad que pudiera devenir de la comprobación de su falsedad o inexactitud, así como la presentación de los documentos que acrediten tal condición.
- Finalmente, reconozco la naturaleza contagiosa del Coronavirus (COVID-19) y me comprometo a cumplir todas las medidas de bioseguridad contenidas en el Plan Para la Vigilancia, Prevención y Control de la Salud de los colaboradores y alumnos con riesgo de exposición al Coronavirus (COVID-19), elaborado conforme a las disposiciones vigentes en materia sanitaria aprobadas por las autoridades competentes para el retorno a la presencialidad o semi presencialidad a las sedes de SENATI, por ende, eximo de responsabilidad a SENATI y a sus representantes, por el incumplimiento y cualquier situación contingente fuera del control institucional y/o acto negligente de mi parte”.

\_\_\_\_\_ (indicar ciudad), \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_



**Huella digital del alumno**

.....  
**Firma del alumno**  
**DNI N° .....**



.....  
**Firma del padre/madre /tutor o apoderado del alumno menor de edad**  
**DNI N° .....**

**Huella digital**

**ANEXO 03 C**  
**DECLARACIÓN JURADA PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES**  
**PRESENCIALES DE LOS ALUMNOS QUE FORMAN PARTE DEL GRUPO DE**  
**RIESGO DEL CORONAVIRUS (COVID-19)**

Yo, \_\_\_\_\_ (indicar nombres y apellidos completos), identificado (a) con Documento Nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_, teléfono fijo \_\_\_\_\_, celular \_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_; declaro lo siguiente:

**1. Marcar con una X**

Ser estudiante de SENATI \_\_\_\_\_ (indicar la especialidad), del CFP \_\_\_\_\_ de la Dirección Zonal \_\_\_\_\_, de la carrera/programa de estudio/especialidad \_\_\_\_\_, del semestre académico \_\_\_\_\_ periodo académico (20...-\_\_\_).

Ser padre de familia/tutor o apoderado del(a) estudiante, \_\_\_\_\_ (indicar nombres y apellidos completos), identificada(o) con Documento Nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_ de la \_\_\_\_\_ (indicar la especialidad), del CFP \_\_\_\_\_ de la Dirección Zonal \_\_\_\_\_, de la carrera/programa de estudio/especialidad \_\_\_\_\_, del semestre académico \_\_\_\_\_ periodo académico (202...-\_\_\_).

**2. Marcar con una X:**

Tener pleno conocimiento que me encuentro ubicado(a) en el Grupo de Riesgo del Coronavirus (COVID-19), conforme a lo establecido en las normas sanitarias emitidas por la Autoridad Nacional Sanitaria.

En mi condición de estudiante se me ha informado y he comprendido sobre todos los riesgos que implica el retorno a la modalidad presencial o semipresencial a mis actividades educativas de formación profesional en SENATI, de acuerdo con la normatividad vigente<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> De acuerdo con lo establecido por las Disposiciones para la Vigilancia del Control (Resolución Ministerial 1275-2021-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 321-MINSA/DGIESP-2021, Directiva Administrativa que establece las disposiciones para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS-CoV-2).

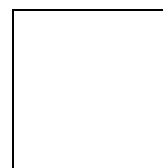
Tener pleno conocimiento como padre de familiar/tutor o apoderado que mi hijo(a) /representado(a) se encuentra ubicado(a) en el Grupo de Riesgo del Coronavirus (COVID-19), conforme a lo establecido en las normas sanitarias emitidas por la Autoridad Nacional Sanitaria.

En condición de familiar/tutor o apoderado, SENATI me ha informado y he comprendido sobre todos los riesgos que implica el retorno a la modalidad presencial o semipresencial a las actividades educativas de formación profesional de mi hijo(a) /representado(a), de acuerdo con la normatividad vigente<sup>2</sup>

**3.** No obstante, acepto retornar / el retorno de mi hijo(a) / el retorno de mi representado(a) al servicio educativo que presenta SENATI en la modalidad que ha establecido para mi carrera, y eximo de responsabilidad a SENATI.

**4.** SENATI me ha informado y remitido información sobre las medidas preventivas que se han tomado en la Institución.

\_\_\_\_\_ (indicar ciudad), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

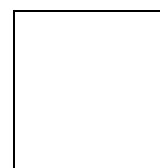


**Huella digital del alumno**

.....

**Firma del alumno**

**DNI N° .....**



**Huella digital**

.....

**Firma del padre/madre /tutor o apoderado del alumno menor de edad**

**DNI N° .....**

<sup>2</sup> De acuerdo con lo establecido por las Disposiciones para la Vigilancia del Control (Resolución Ministerial 1275-2021-MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 321-MINSA/DGIESP-2021, Directiva Administrativa que establece las disposiciones para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS-CoV-2).