**DECLARACION JURADA DE SALUD PARA POSTULAR**

**DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombres: ……………………

Fecha de nacimiento: ……….. Edad: ……. DNI: …….

Dirección: ………

Distrito: ……….. Provincia: ………. Departamento: ………

Proceso de Selección: ……………

Antecedentes médicos de importancia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES** | **SI** | **NO** | **AÑO** | **OBSERVACIÓN** |
| Mayor a 65 años |  |  |  |  |
| Hipertensión arterial |  |  |  |  |
| Diabetes mellitus |  |  |  |  |
| Enfermedad cardiovascular (1) |  |  |  |  |
| Enfermedad Pulmonar Crónica |  |  |  |  |
| Cáncer |  |  |  |  |
| Asma |  |  |  |  |
| Enfisema |  |  |  |  |
| Enfermedad obstructiva pulmonar |  |  |  |  |
| Obesidad |  |  |  |  |
| Gestación |  |  |  | FUR:  FPP: |
|  | | | |  |
| Marcar con una (X) de ser el caso | | | |  |
| No presento ningún antecedente médico previamente señalado |  | | |  |

Riesgo por entorno familiar:

(Indicar causas)

1. Indicar diagnóstico y tratamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados en el presente documento son verdaderos y tener conocimiento que está sujeta a los controles posteriores que efectué la entidad, sometiéndome a las responsabilidades que acarrea la falsa declaración, por lo que asumo total responsabilidad de ello.

Los datos consignados en la presente declaración jurada son de uso exclusivo de la Unidad de Recursos Humanos, su tratamiento se encuentra bajo los alcances de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Dato Personales. Se encuentra prohibido el uso distinto para el que fue proporcionado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del postulante