



**ANEXO I**

**DECLARACIÓN JURADA FACTOR DE RIESGO**

En ....., a los ..... días del mes de ..... del año 2021, quien suscribe (Apellido y Nombre)  
..... D.N.I. .... con domicilio real en .....  
..... teléfono celular .....teléfono fijo ..... en mi carácter  
de trabajador/a del ESTADO MAYOR CONJUNTO DE LAS FUERZAS ARMADAS, prestando servicios en el cargo  
..... perteneciente al (Destino) .....

Manifiesto con carácter de Declaración Jurada, encontrarme / poseer uno o más de los factores de riesgos estipulados en la Resolución del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social N° 207/20, en referencia a la suspensión del deber de asistencia al lugar de trabajo.

Datos personales:

Edad: ..... Peso: ..... Estado civil: .....

Composición del grupo familiar: .....

Es de familia monoparental: SI / NO

Afecciones padecidas (especificar cuáles): .....

Estado actual (especificar tipo de afecciones padecidas en los últimos 6 meses, tratamiento médico y medicación prescrita): .....

¿Realizó estudios tales como ecografías, tomografías, resonancias magnéticas, etc.? SI / NO

Medicamentos habituales o permanentes: .....

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o atención médica? SI / NO ¿Desde cuándo?

Si el declarante fuere de sexo femenino indicar si actualmente está embarazada: SI / NO

***Se deberá adjuntar la documental médica que justifica la incorporación en los grupos de riesgo.***

.....  
Firma

.....  
Aclaración

.....  
DNI