



PERÚ

Ministerio de
Defensa

Marina de Guerra
del Perú

Dirección General del
Personal de la Marina

**DECLARACION JURADA DE PERSONAL CIVIL QUE SOLICITE FACILIDADES LABORALES
POR TENER FAMILIARES DIRECTOS CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19 O QUE SON
GRUPO DE RIESGO ANTE POSIBLE CONTAGIO QUE NO SE ENCUENTRAN
HOSPITALIZADOS**

Yo,..... (1),
Empleado Civil..... (2), identificado con DNI. (3), con
domicilio..... (4),
actualmente prestando servicios en(5),
declaro bajo juramento, en el marco de lo establecido en el Decreto Legislativo N°
1499 y lo dispuesto en el Oficio Circular N°823/51 del Director General de Personal de
la Marina de fecha 21 de mayo del 2020, ser el/la único/a a cargo del cuidado y
sostén del mi familiar directo(6) con
diagnóstico de COVID-19 / o que forma parte del grupo de riesgo ante un posible
contagio de COVID-19 y que no se encuentra hospitalizado.

(Lugar) y (Fecha)

(Firma)

(Nombres y Apellidos)

(1) Apellidos y Nombres.

(2) Régimen laboral, grupo ocupacional, y nivel.

(3) Número de Documento Nacional de Identidad.

(4) Domicilio actual.

(5) Dependencia de la Marina de Guerra del Perú en la cual presta servicios.

(6) Nombre del Familiar Directo (hijos, padres, cónyuge o conviviente) que cuenta con COVID-19 o pertenece a personas de grupos de riesgo: personas mayores de SESENTA Y CINCO (65) años, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar crónica, cáncer, otros estados de inmunosupresión otras que establezca la autoridad nacional sanitaria.