

DECLARACION JURADA DE RETORNO VOLUNTARIO A LAS ACTIVIDADES LABORES

Primera Parte (A ser llenado por el trabajador)

Mediante el presente documento, yo, (indicar apellidos y nombres completos)

....., identificado(a) con DNI/CE N°
..... domicilio en

teléfono declaro lo siguiente:

1. Soy trabajador(a) de la empresa ABB S.A., con RUC N° 20100022142, en la que actualmente ocupo el cargo/puesto de:, realizando las siguientes funciones:
.....
.....
2. Estoy consciente de los factores de riesgo para COVID-19, conforme a lo establecido en las normas sanitarias emitidas por la Autoridad nacional Sanitaria.
3. Cuento con evaluación médica que certifica mi estado de salud actual para la prestación de servicios para labores presenciales, validado por mi médico tratante particular.
4. Asimismo, de parte de mi empleador y del médico responsable del área ocupacional he recibido las recomendaciones para que mi actividad laboral no incremente mi exposición a riesgo de contagio a la COVID-19. Realizado en fecha en una sesión, vía Microsoft Teams.
5. Voluntariamente deseo concurrir a trabajar a mi centro de labores.
6. Cuento con las vacunas completas para la COVID-19.
7. Mi empleador me ha informado sobre la identificación del peligro, la valoración del riesgo y la aplicación de controles sobre el puesto laboral ante el riesgo de contagio por COVID-19.
8. Mi empleador me ha informado de los signos y síntomas característicos del SARS COV-2 así como de las variables de la COVID-19 los cuales están señalados en el ANEXO 2 del Documento Técnico " Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19 contenidos en la RM 1275-2021 MINSA que aprueba la DA 321 2021 MINSA.
9. Mi empleador me ha capacitado sobre el uso adecuado, conservación y eliminación de los equipos de protección personal requeridos para mi puesto de trabajo.

Por lo cual, de forma voluntaria solicito asistir de forma presencial y me comprometo a cumplir todas las medidas de prevención frente al COVID-19 que me ha indicado ABB S.A.

Firmado en la ciudad de, el díadel mes de de 2022

Nombre completo y firma del trabajador(a)

Segunda Parte (A ser llenado por el médico ocupacional)

El médico ocupacional, después de revisar la información del colaborador:

- Carné de vacunación para la COVID-19
- Informe del médico tratante
- Funciones por desarrollar
- Condición médica existente

Considera lo siguiente:

El colaborador puede retornar a las actividades laborales presenciales:

Si () No ()

Restricciones del puesto:

-
-
-

Vigencia del presente documento: _____

Culminada la vigencia debe actualizar la información que el médico ocupacional solicite.

Tercera Parte (A ser firmado por el médico ocupacional y Manager Responsable)

Firma del médico Ocupacional

Firma Local Business Area Manager