

FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA POSTULANTES

Fecha de Solicitud	Día	Mes	Año	Solicitud N°	Uso exclusivo D. Regional
--------------------	-----	-----	-----	--------------	---------------------------

INDIVIDUALIZACIÓN DEL/A INTERESADO/A

Nombre y Apellidos :

Dirección Actual :

Teléfono de contacto : Correo Electrónico:

Ciudad: Comuna

La presente declaración surge a consecuencia de las medidas de prevención por caso de brote de COVID-19, que ha dispuesto la Corporación de Asistencia Judicial de las regiones de Tarapacá y Antofagasta, en la resolución exenta N°477/2020, de 18 de mayo de 2020 y N°315/2021, de 08 de abril de 2021, de las cuales he tomado conocimiento.

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo fe de juramento, que **NO ME ENCUENTRO EN NINGUNO DE LOS GRUPOS DE RIESGO** que han sido definidos por la Corporación, como medida de resguardo producto del brote de COVID-19 que a continuación se indican:

(Marcar con una **X** las diferentes opciones en señal de que Ud. **NO SE ENCUENTRA** en ninguno de los siguientes grupos de riesgo)

<input type="checkbox"/>	Personas que tengan 70 años de edad o más; mujeres embarazadas; personas con enfermedades inmunocomprometidas (trasplantados, deficiencias inmunológicas, con VIH o con SIDA mal controlado, uso prolongado de corticoides y otros medicamentos que debilitan el sistema inmunológico); y personas con cáncer en tratamiento activo.
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Personas que tengan entre 60 años y 69 años de edad y personas con obesidad mórbida (IMC>30), que tengan, además, una de las enfermedades indicadas en la letra c)-, sea que se encuentren controlados o no
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Personas que presenten alguna de las siguientes 8 enfermedades o patologías, estando estas NO controladas o descompensadas o que presenten más de una de ellas o comorbilidad. Tales enfermedades son: pulmonares crónicas (EPOC, fibrosis quística, fibrosis pulmonar, asma moderada o grave), cerebrovasculares, patologías cardíacas (HTA, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, miocardiopatía), hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 1 y 2, afecciones neurológicas, hepática crónica (Cirrosis hepática), renales crónicas, anemia drepanocítica o Talasemia (o Anemia mediterránea).
--------------------------	--

Declaro, además, que dispongo de equipo computacional, acceso a internet y correo electrónico, a efectos de desarrollar la práctica profesional, a través de modalidad remota.

Declaro bajo fe de juramento que la información proporcionada en el presente formulario es fidedigna y que su falsedad originará responsabilidad administrativa y penales.

Firma del/a postulante
C.I. N°