**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

**CONDICIÓN DE SALUD/GRUPO DE RIESGO**

En Santiago de Chile, con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cédula de Identidad N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, perteneciente al Instituto de Estudios Avanzados en Educación, declaro bajo juramento, que me encuentro con el diagnóstico de una o más de las siguientes condiciones de salud listadas a continuación, que significan un riesgo a la exposición al COVID 19:

|  |  |
| --- | --- |
| **Condición de Salud/Grupo Riesgo** | **Marque con una X, la alternativa que corresponda** |
| Persona que tenga como diagnóstico alguna de las siguientes enfermedades: diabetes, hipertensión, enfermedades pulmonares, cardiopatías, obesidad mórbida, insuficiencia renal o hepática, asma, enfermedad autoinmune, personas sometidas a tratamiento inmunosupresor activo. |   |
|
|
|
|
| Embarazo (indicar semanas de gestación) |   |
| Otra patología crónica |   |

\*Si lo desea, puede adjuntar voluntariamente antecedentes de respaldo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adjunta antecedentes de respaldo  | SI | NO |

La presente declaración se emite para ser presentada a la Universidad de Chile, con la finalidad de acreditar la pertenencia a un grupo de riesgo, durante la contingencia sanitaria derivada del COVID 19. Su falsedad podrá ser sancionada conforme a las disposiciones del Estatuto Administrativo y al Artículo 210° del Código Penal, que sanciona el delito de perjurio.

|  |
| --- |
| **[Firma o huella digital]** |
|  |