



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Salud

DECLARACIÓN JURADA

En la ciudad de _____ a los ____/____/2021, quien suscribe:

Apellido: _____ Nombre: _____ DNI/LC/LE/CI/DEX/D.U.

N° _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ manifiesta en carácter de DECLARACIÓN JURADA ser parte del grupo poblacional correspondiente a Personas con comorbilidades severas y graves con riesgo de vida:

MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA:

Diabetes tipo 1 o 2	
Obesidad grado 2 y grado 3	
Enfermedad cardiovascular	
Enfermedad renal crónica	
Enfermedad respiratoria crónica	
Cirrosis.	
Inmunodeficiencia adquirida	
Persona a la espera de trasplante de órganos sólidos o trasplantados de órganos sólidos.	
Persona con discapacidad residente de hogares, residencias y pequeños hogares.	
Paciente oncológico y oncohematológicos	
Persona cursando una TB activa	
Persona con discapacidad Intelectual y del desarrollo	
Síndrome de Down.	

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA PRESENTE SE HA CONFECCIONADO SIN OMITIR NI FALSIFICAR DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER Y ES FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.

Nota Legal: La presente DECLARACIÓN JURADA constituye un instrumento público, por lo que la omisión o falta de veracidad al completarla podría traer aparejada la *reclusión o prisión de uno a seis años. (Art. 293 CP)*

(Firma de la persona, padre, madre, tutor, curador o encargado en caso de corresponder)

Aclaración