



Provincia de Santa Cruz

DECLARACION 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:**

Diabético insulino dependiente	
Persona con alteraciones graves de inmunidad	
Oncológico	
Dializado	
Transplantado	
Enfermo pulmonar crónico oxígeno dependiente	
Persona con índice de masa corporal de más de 40 (IMC>40)	
Enfermedad poco frecuente que tengan indicación por riesgo incrementado por inmunodeficiencias	
Cardiópata severo con elevado riesgo de vida	
Otra:	

(Marcar lo que corresponda)

Según certificado médico expedido por:

Profesional: Dr./a _____

Matricula provincial N°: _____

Nota Legal: En caso de que la información suministrada sea falsa es pasible de las acciones legales correspondientes.

Firma: _____

Aclaración: _____