**Declaración Jurada para el PAGO DE GRATIFICACIÓN ESPECIAL Covid-19; contemplada en la Ley de Emergencia Sanitaria y su Decreto Reglamentario**

Nombre y Apellido completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.I. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dependencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Función:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de servicio prestado: Marcar X

Docencia Docencia Asistencial Asistencial Adm. Asistencial Administrativo

Funcionario: Marcar X

Permanente: Contratado:

¿Trabajó en la parte de contingencia para casos respiratorios en el Hospital de Clínicas?:

Sí No

Nombre del Jefe de la dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Turno:

Mañana Tarde Noche

Especificar Horario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de marcación de entrada y salida durante la pandemia:

Biométrico Manual

Por la presente yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con cédula de identidad N°:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; declaro bajo fe de juramento que los datos consignados en la forma que antecede, lo cual corresponde a las exigencias determinadas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en relación a la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud por la enfermedad conocida como Coronavirus o Covid-19; para solicitar el pago de la gratificación establecida en el Art. 5 de la Ley 6524 y su Decreto Reglamentario, los cuales ratifico que son verídicas y las brindo como declaración jurada, sujeta a Ley Penal en caso de falsedad.

Visto Bueno del Jefe Firma: Firma del Interesado

Aclaración:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aclaración:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_