



PERÚ

Ministerio de la Producción

OFICINA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Anexo N° 2

Declaración Jurada de Consentimiento Informado y Entrega de Historia Clínica

Yo OJEDA GUTIERREZ CARLOS WILLIAM (Apellidos y Nombres), identificado con DNI N° 46615180, domiciliado en CALLE NICOLÁS DE PIÉROLA # 370, autorizo al Centro Médico VITALUZ - BURCAL EIRL, me realice el examen médico ocupacional PAE OCUPACIONAL (pre-ocupacional, periódico o de retiro), dando fe que la información que brindo es verídica, estando sujeta a cualquier sanción administrativa de ser lo contrario.

Además, doy mi consentimiento para que la, empresa prestadora de servicios en Salud Ocupacional (Nombre de la empresa) VITALUZ - BURCAL EIRL, de conformidad con la Ley N° 29783 y el Decreto Supremo 005-2012-TR, entregue única y exclusivamente al Médico Ocupacional del Ministerio de la PRODUCCION, toda información resultante de mi examen médico ocupacional la cual será utilizada en la vigilancia médica ocupacional.

TUMBES (Ciudad) 05 de JUNIO del 2023

 <p style="text-align: center;">FIRMA</p>	 <p style="text-align: center;">HUELLA</p>
---	--

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por el MINISTERIO DE LA PRODUCCIÓN, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013- PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas en la siguiente dirección web: "[@URL_VERIFICAR]" e ingresar clave: [@COD_VERIFICAR]