

Yo: Yacile Poño, identificado(a)  
con documento nacional de identidad DNI N° 0024 5000, de 46 años  
de edad.

#### DECLARO BAJO JURAMENTO

Que he sido informado(a) de forma clara y concisa sobre todos los resultados de mi examen médico ocupacional realizado, he comprendido los diagnósticos y me comprometo a cumplir con todas las recomendaciones que me ha dado el médico ocupacional de \_\_\_\_\_ en bien de mi salud, así como a levantar las observaciones (si las hubiera) que se me ha informado realizándolo inmediatamente a la brevedad posible.

De no cumplir con las indicaciones dadas por el médico ocupacional acepto las amonestaciones que pudieran recaer en mi persona por parte de la \_\_\_\_\_ todo ello que esté según lo establecido en el Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo de la \_\_\_\_\_

Tumbes, 27 de Julio de 20 19.



Firma del Trabajador  
Huella Digital

