

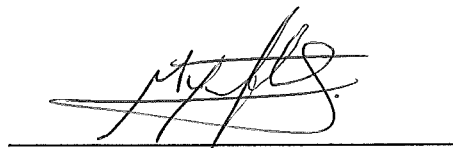
Yo: Marioni Johany Infante Silvo, identificado(a)
con documento nacional de identidad DNI N° 48146199, de 25 años
de edad.

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, 02 de Agosto de 20 19.



Firma del Trabajador
Huella Digital

