

Yo: Orestes León Chicard, identificado(a)  
con documento nacional de identidad DNI N° 00227694, de \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

01/08/19 de \_\_\_\_\_ de 20 19.

  
\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador  
Huella Digital

