

Yo: Hito Cruz Sanchez, identificado(a)
con documento nacional de identidad DNI N° 80304492, 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 _____

Tombes, 01 de Agosto de 2019.



Firma del Trabajador
Huella Digital

