

Yo: Miguel Cruz, identificado(a)  
con documento nacional de identidad DNI N° 08204883, de 54 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, 01 de Agosto de 20 19.

[Firma]  
Firma del Trabajador  
Huella Digital

