

Yo: Lynne Daphne Carpio Arias, identificado(a)
con documento nacional de identidad DNI N° 29708243, de 40 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 Preocupacional 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, 1 de Agosto de 2019.


Firma del Trabajador
Huella Digital

