

Yo: Ingrid Pamela Morales Flores, identificado(a)
con documento nacional de identidad DNI N° 47684423, de 26 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 _____

Junio, 31 de Julio de 2019.

Ingrid Pamela Morales Flores
Firma del Trabajador
Huella Digital

