

Lugar, _____ a ____ de _____ de 2020

Don/Doña _____, con D.N.I.: _____, persona trabajadora de la empresa _____.

DECLARA RESPONSABLEMENTE:

1.- Que, en la aplicación de medidas de protección colectiva o adopción de medidas de organización del trabajo y con el fin de garantizar la protección adecuada a sus trabajadores frente a los riesgos para su salud que no puedan evitarse o limitarse suficientemente, la empresa le ha solicitado que informe si mis características personales o estado biológico se encuentran dentro de los considerados grupos de vulnerabilidad frente al COVID-19 que se indican a continuación:

Los principales grupos vulnerables son:

- Mayor 60 años (asociado a una o varias patologías del listado).
- Diabetes mellitus tipo I (asociada a una o varias patologías del listado).
- Hipertensión arterial (asociada a una o varias patologías del listado).
- Enfermedades cardiovasculares: valvulopatías, arritmias, isquemia coronaria....
- Enfermedades pulmonares (EPOC, fibrosis, lobectomías, bronquiectasias.....)
- Insuficiencia renal crónica, nefrectomía
- Enfermedad hepática crónica
- Neoplasias.
- Inmunodeficiencias.
- Enfermedades autoinmunes.
- Enfermedad neurológica o muscular crónica. ELA.....
- Enfermedades autoinmunes. Lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, esclerosis múltiple.....
- Tratamiento con inmunosupresores diversos, corticoides.
- Tratamientos oncológicos: quimioterapia, radioterapia.
- Trasplantados.
- Esplenectomía.
- Embarazo, por el principio de precaución.

2.- Que mis condiciones personales o estado biológico coinciden por lo menos con alguno de los grupos vulnerables publicados por la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación indicados en el punto anterior.

Y para que conste a los efectos oportunos firma la presente declaración responsable en el lugar y fecha indicados.

Firma
Don/Doña _____