## 

## ASISTENCIA PRESENCIAL VOLUNTARIA

**PARA COLABORADORES PERTENECIENTES AL GRUPO DE RIESGO A**

Producto de Alerta Sanitaria por Coronavirus (COVID-19)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** | : |  |
| **RUT** | : |  |
| **FECHA** | : |  |
| **UNIDAD DEPENDENCIA** | : |  |
| **CARGO** | : |  |
| **FUNCIONES** | : |  |
|  |
|  |

**Mediante el presente documento, declaro lo siguiente:**

* Deseo de forma voluntaria concurrir a realizar turnos presenciales de trabajo.
* Solo realizaré trabajos presenciales en las dependencias institucionales.
* Solo realizaré trabajos en terreno o de atención de público presencial en Fases Bajo y Medio Impacto Sanitario.
* La Subsecretaría del Medio Ambiente, me ha informado sobre los riesgos y las medidas preventivas que debo adoptar para disminuir el riesgo de contagios; se me ha entregado los elementos de prevención de contagio e informado sobre el correcto uso; se me ha informado sobre los síntomas, procedimientos en caso de sospecha o contacto estrecho y en general, tengo cabal conocimiento sobre lo estipulado en el “Protocolo de Retorno Gradual al Trabajo Presencial” de la Subsecretaría del Medio Ambiente.
* No concurriré a realizar turnos presenciales, si la comuna donde resido o la de destino se encuentra en Fase Alto Impacto Sanitario, definida por la Autoridad Sanitaria.

Rut y firma

Remitir copia firmada y digitalizada a Jefatura Directa c/c al David Acuña Serrano en el Nivel Central o Encargado(a) de Higiene y Seguridad en regiones.