**DECLARACIÓN JURADA**

**Decreto N° 297/2020 – AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO**

Artículo 6, inciso 5 del Decreto N° 297/2020: deber de asistencia a personas mayores

Resolución Ministerial

EL/LA QUE SUSCRIBE ........................................................................................... D.N.I. N° ............................................................................., CON DOMICILIO EN ..................................................................................................................................................................... ..........................................., Y EN MI CARÁCTER DE CUIDADOR/A / FAMILIAR DE ......................................................... ......................................................., D.N.I. N° .................................................................................................................., CON DOMICILIO EN…………………………………………………………………….

EN CUMPLIMIENTO DE MI DEBER, EN LOS TÉRMINOS HABILITADOS POR EL ARTÍCULO 6, INCISO 5 DEL DECRETO N° 297/20, ME ENCUENTRO TRANSITANDO PARA ASISTIR A LA PERSONA MAYOR REFERIDA PRECEDENTEMENTE, A LOS FINES DE PRESERVAR SU INTEGRIDAD, Y QUIEN CONTINUARÁ SU AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO EN SU DOMICILIO.

MANIFIESTO QUE LA ASISTENCIA ALUDIDA SERÁ EFECTUADA DURANTE LOS DÍAS…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

EN EL HORARIO DE...........................................................................................

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA SON VERÍDICOS Y ME HAGO RESPONSABLE ANTE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE SURJA RESPECTO DE LA VERACIDAD DE ESTOS.**

LUGAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA (cuidador)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ACLARACIÓN

EN CASO DE CUIDADOR/A AJENO A LA FAMILIA DE LA PERSONA MAYOR, LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA DEBERÁ CONTAR ADEMÁS CON LA FIRMA DE ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE SE INDICA DEBAJO (CFME. ARTÍCULO 2°).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA (persona a cuidar/familiar)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ACLARACIÓN