

<b>FECHA</b>	06/03/2021	<b>2021</b>	<b>COMUNICADO CONSEJO ESCOLAR</b>	<b>031</b>
<b>NIVEL</b>	Todos los Niveles y Modalidades			
<b>EMITE</b>	Consejo Escolar			
<b>DESTINO</b>	Reemplazantes a cargos de auxiliares			
<b>OBJETO</b>	<b>ACTOS PÚBLICOS NO PRESENCIALES PARA LA COBERTURA DE REEMPLAZANTES A CARGOS DE AUXILIARES EN CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19</b>			

### Comunicado

#### **REQUISITOS PARA SER DESIGNADAS/OS**

- Encontrarse excluída/o de los grupos de riesgo. Para ello deberá **COMPLETAR la declaración jurada de SALUD** que se adjunta;
- Tener menos de 59 años y 6 meses de edad.
- NO estar cumpliendo reemplazo activo al momento de tomar el nuevo cargo.

#### **ACTUALIZACIÓN DE DATOS**

Las/Los aspirantes que posean **entre 29,90 y 28 puntos inclusive** del listado **2020**, y cumplan con **TODOS** los requisitos, deberán enviar, **en un solo mail**; la declaración jurada de **SALUD**, **(PREVIAMENTE COMPLETADA)** y la **foto de su DNI de ambos lados legible**, hasta el **09/03/2021 a las 12 hs**, a la siguiente dirección de correo electrónico: **apdauxce069@abc.gob.ar** **ÚNICAMENTE**, en este correo serán válidas todas las notificaciones relativas a los actos públicos a realizar.

**ENVIAR UNA SOLA VEZ, TODA LA DOCUMENTACIÓN**, EN UN SOLO MAIL. Todos serán respondidos.

Consejo Escolar de La Matanza  
San Justo, 6 de Marzo de 2021.-



**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

En la Provincia de Buenos Aires, a los.....días del mes de.....del año ....., quien suscribe (*Apellido y Nombre*)....., D.N.I....., con domicilio real en ..... , teléfono celular....., teléfono fijo ....., en mi carácter de aspirante para la cobertura de suplencias extraordinaria en cargos docente y/o de auxiliares no docente de la Provincia de Buenos Aires, manifiesto con carácter de Declaración Jurada, encontrarme o no comprendido dentro los grupos de riesgo enmarcados en la Resolución 207/2020 del Ministerio de Trabajo de la Nación y en la Resolución 90/2020 del Ministerio de Jefatura de Gabinete de la Provincia de Buenos Aires, deberá marcar con una X en los grupos que se detallan a continuación:

<b>Grupos de Riesgo</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Trabajadora Embarazada</b>		
<b>Enfermedades respiratorias crónica:</b>		
enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]		
enfisema congénito		
displasia broncopulmonar		
bronquiectasias		
fibrosis quística		
asma severo.		
<b>Enfermedades cardíacas:</b>		
Insuficiencia cardíaca,		
enfermedad coronaria		
valvulopatías		
cardiopatías congénitas		
<b>Inmunodeficiencias:</b>		
<b>Diabéticos:</b>		
personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses.		
<b>Paciente en tratamiento oncológico:</b>		
<b>Obesidad mórbida:</b>		

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI