

| | | | | |
|----------------|---|-------------|---------------------------------------|------------|
| FECHA | 26/4/2021 | 2021 | COMUNICADO CONSEJO ESCOLAR | 059 |
| NIVEL | Todos los Niveles y Modalidades | | | |
| EMITE | Consejo Escolar | | | |
| DESTINO | Aspirantes a auxiliares | | | |
| OBJETO | Auxiliares – Acto Públicos No Presencial | | | |
| | | | | |

Comunicado

REQUISITOS PARA SER DESIGNADAS/OS

- Encontrarse excluida/o de los grupos de riesgo. Para ello deberá COMPLETAR la declaración jurada de SALUD que se adjunta;
- En caso de tener más de 60 años, solicitar por mail la declaración jurada correspondiente.
- NO estar cumpliendo reemplazo activo al momento de tomar el nuevo cargo.

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Las/Los aspirantes que posean entre **118 y 29** 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. Se recibirán desde el **26/04/2021 hasta el 28/04/2021** 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 y convocados en orden de puntaje vía mail cuando corresponda a su orden en el listado.

**NO ENVIAR SI YA TOMÓ CARGO EN EL PRESENTE AÑO.
LOS CORREOS RECIBIDOS DESPUÉS DE LA FECHA LÍMITE NO SERÁN RECEPCIONADO**

Consejo Escolar de La Matanza
San Justo, 26 de abril 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:

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

Firma

Aclaración

DNI