**DECLARACIÓN JURADA**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cédula de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vecino (a) de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

“Declaro bajo fe de juramento y bajo el apercibimiento de las penas con las cuales se sanciona el perjurio y declaración falsa en documentos públicos de nuestra legislación penal tal como se detalla en adelante, que doy cumplimiento a la resolución N°MEP-3150-2021, según lo establecido en el Transitorio, 8.4.- Verificación de vacunación para efectos de nombramientos, ascensos o prórrogas.

Así mismo declaro, que conozco sobre lo instruido en la Circular N°DG-015-2021 del 21 de octubre de 2021, de la Dirección General de Servicio Civil, para todo movimiento de personal, (ascensos, prórrogas, permutas, traslados, entre otros), en la que se requiere que la persona funcionaria objeto del movimiento, cumpla con los requisitos y, además, cuente con el esquema de vacunación completa contra el COVID 19 o esté en proceso de cumplirla de acuerdo con la programación de citas que le haya realizado la Caja Costarricense de Seguro Social a través de sus instancias competentes.

Visto lo anterior, acredito que ostento la siguiente condición en relación con el esquema de vacunación contra el Covid -19:

|  |  |
| --- | --- |
| Tengo aplicada la primera dosis de la vacuna Covid 19, pero tengo programada la cita para su segunda dosis. |  SI ( ) NO ( )Favor indicar la fecha señalada para la aplicación de la dosis faltante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Cuento con el esquema de vacunas completo  |  SI ( ) NO ( ) |
| No tengo el plan de vacunas, pero poseo las citas programadas y estaré presentando la prueba pertinente a mi jefatura inmediata en su momento.  |  SI ( ) NO ( ) Favor indicar la fecha señalada para la aplicación de la primera dosis, periodo que no deberá ser mayor a dos meses a partir de la firma de la presente declaración jurada, a fin de cumplir con los plazos dispuesto en la etapa de verificación citada en la resolución N°MEP-3150-2021: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Poseo un dictamen médico que señala contraindicación médica emitida por la Caja Costarricense del Seguro Social para la inoculación contra el virus Covid 19.  |  SI ( ) NO ( ) |  |
| Manifiesto mi negativa a vacunarme. ( ). Marcar con una X.   |  |

Me doy por enterado(a) de que mi jefatura inmediata dará seguimiento a la presentación de mi esquema de vacunación completa a través del sistema SIGECE (dicha acción aplicará igual para los casos de personas servidoras que cuentan con contraindicación médica); y que de no acreditarse lo anterior, me generará eventual responsabilidad administrativa disciplinaria, así dispuesto en la resolución antes citada.

Quien suscribe, hace constar además, que los datos consignados en esta declaración son veraces y responden a mi situación real personal. Cualquier inexactitud o falsedad estaré incurriendo en las responsabilidades administrativas o disciplinarias, sin perjuicio de las acciones civiles que conlleve.Además de responsabilidad penal estipulada en el artículos 318, 366 y 367 del Código Penal.

La información brindada está sujeta a la Ley Nº 8968 “Protección de la Persona frente al tratamiento de sus datos personales” la cual previene a la Administración activa que la información recibida directamente de la persona funcionaria e ingresada al presente sistema,  es de carácter confidencial, por lo que el uso indebido de estos datos distinto a los requeridos por la Institución,  generará  responsabilidad administrativa y penal  que la norma de cita establece para quien administra y resguarda la información.

Firmo a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 202X. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma del Declarante**