**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

**CONDICIONES PARTICULARES**

En Santiago de Chile, con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cédula de Identidad N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, funcionario(a) de la Facultad de Ciencias Veterinarias y Pecuarias, declaro bajo juramento, que me encuentro en una o más de las siguientes condiciones particulares (marcar la/las que correspondan):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Condiciones Particulares** | | **Marque con una X, la alternativa que corresponda** |
| Madre o padre que tenga el cuidado indelegable de un niño(a) de hasta dos años | |  |
| Madre o padre que tenga el cuidado indelegable de un niño(a) mayor de dos años. (indicar alternativa) | |  |
|  | a) No se encuentren en funcionamiento jardines infantiles o establecimientos educacionales por disposición de la autoridad |  |
|  | b) que el jardín infantil o el establecimiento en que el niño o niña se encontraba matriculado (a) para el año 2020, se encuentra cerrado en forma permanente, por razones diversas a las disposiciones de la autoridad, tales como el cese de su operación |  |
|  | c) en caso que el niño o niña de que se trate, se encuentre en alguna de las poblaciones de riesgo, razón por la cual se encuentra impedido de asistir normalmente a jardín infantil o su establecimiento educacional, aun cuando éstos se encuentren en funcionamiento. |  |
| Funcionario(a) que tiene el cuidado indelegable de adultos mayores | |  |
| Funcionario(a) que tiene el cuidado indelegable de personas dependientes. | |  |

\* En caso que el padre y madre de un niño(a), fueren ambos funcionarios(as) de la Universidad, se otorgará el permiso al funcionario(a) que de común acuerdo estos manifiesten.

Indicar en el siguiente espacio, nombre, edad y parentesco con la persona que da origen a la condición particular de cuidado indelegable:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Edad** | **Parentesco** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*Si lo desea, puede adjuntar voluntariamente antecedentes de respaldo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adjunta antecedentes de respaldo | SI | NO |

La presente declaración se emite para ser presentada a la Universidad de Chile, con la finalidad de acreditar la una condición particular, durante la contingencia sanitaria derivada del COVID 19. Su falsedad podrá ser sancionada conforme a las disposiciones del Estatuto Administrativo y al Artículo 210° del Código Penal, que sanciona el delito de perjurio.

|  |
| --- |
| **[Firma o huella digital]**  **[Nombre y RUT]** |