**ACUERDO N° 3807**

**FORMULARIO PARA LOS CASOS DE TELETRABAJO – SINTOMAS DE COVID -19**

 ………………….,…de Agosto de 2021.

Quien suscribe,……………….…….…., DNI N° …………………, comunica a Ud. que atento a que tengo sintomatología compatible con COVID – 19, me encuentro bajo seguimiento del Personal de Salud de la Provincia de La Pampa, y puedo realizar tareas desde mi hogar, manifestando:

El consentimiento de prestar tareas bajo las pautas establecidas en el art. 5 del Acuerdo N° 3807, N° 3793 y concordantes. A tal fin, se informa:

**Domicilio de Teletrabajo**:……………………………………………………………...

**Jornada Laboral**: (Días y horarios)…………………...…………………………………

**Medios técnicos disponibles en lugar donde se realizará el teletrabajo**:

¿Dispone de computadora personal, aplicaciones de procesador de texto / planilla de cálculos etc. u otros medios tecnológicos (móvil, teléfono fijo o tablet)?

 **Sí \_\_ No\_\_**

¿Tiene conexión propia a Internet?

 **Sí \_\_ No\_\_**

¿Estaría dispuesto a utilizar su conexión de acceso a Internet para realizar teletrabajo?

 **Sí \_\_ No\_\_**

Observaciones:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

FIRMA: …………………………………………….

ACLARACION:…………………………………….

ORGANISMO JUDICIAL:..........................................