**SOLICITA DISPENSA POR ESTAR AL CUIDADO DE PERSONA MAYOR DE 60 AÑOS INCLUIDA DENTRO DE LOS GRUPOS DE RIESGO.**

Ciudad de Buenos Aires,(día) de (mes)de 2021.

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

**SR. RECTOR PROF. DR. ALBERTO EDGARDO BARBIERI**

**c/c**

**(consignar la unidad académica y/o en la que se preste tareas)**

**S/D**

(Nombre y Apellido completos), titular del (indicar documento y número), con domicilio en (indicar calle, número, departamento, localidad, partido, si se es de Ciudad de Buenos o Aires o si se reside en la provincia de Buenos Aires, código postal, teléfono/celular, correo electrónico); en mi carácter de docente de la Universidad de Buenos Aires en (ingresar la o las unidades académicas y/o institutos en donde se presta tareas efectivamente), desempeñándome en el cargo de (indicar el o los cargos docentes y dedicación), con legajo (indicar número de legajo) me dirijo a Ud. a los fines de **solicitarle me otorgue dispensa de tareas dado que me encuentro en forma exclusiva a cargo de mi (indicar familiar del que se está a cargo, parentesco, o si es cónyuge o conviviente)** que además de poseer la edad de (indicar edad del familiar) se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad por encontrarse diagnosticada con (indicar la dolencia padecida según diagnóstico médico establecido por personal médico tratante, donde deberá indicarse estar comprendido en alguno de los siguientes grupos de riesgo: 1. Enfermedades respiratorias crónica: enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, bronquiectasias, fibrosis quística y asma moderado o severo. 2. Enfermedades cardíacas: Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, valvulopatías y cardiopatías congénitas. 3. Inmunodeficiencias. 4. Diabéticos, personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses. **En el caso de que la enfermedad no esté dentro de las indicadas**, **deberá informarse la enfermedad padecida con indicación de que el médico tratante ha certificado que por la característica de la dolencia padecida también es grupo de riesgo)**.

Como he mencionado, la solicitud de la dispensa obedece a que soy la única persona que puede estar al cuidado dado que (mencionar brevemente las razones de porqué es la única persona que puede atender en forma exclusiva el cuidado de dicho familiar).

**La presente solicitud deberá ser tramitada con carácter urgente** **y** **en un plazo que no exceda los 10 días de conformidad a lo dispuesto en el art. 1, apartado e), inciso 4) de la Ley 19549** (ref.: *“Cuando no se hubiere establecido un plazo especial para la realización de trámites, notificaciones y citaciones, cumplimiento de intimaciones y emplazamientos y contestación de traslados, vistas e informes, aquél será de diez (10) días”*).

Lo expuesto es bajo apercibimiento de considerar su negativa, o silencio luego de vencido el plazo mencionado en el párrafo que precede, como incumplimiento de sus obligaciones en el marco de la relación laboral que nos une y en perjuicio de mis derechos personales y laborales; quedando así habilitadas las acciones administrativas y/o judiciales que considere pertinentes para resguardo de mi persona y derechos.

A todo evento, adjunto constancias documentadas que acreditan mi situación (detallar y acompañar con la nota, copia del documento de identidad anverso y reverso, designación y/o recibo de sueldo que se posea para acreditar el lugar donde se presta tareas, cargo, dedicación y número de legajo; copia del documento del familiar a cargo y en el caso de que sea el padre/madre acompañar la documentación que acredite la relación de parentesco como por ejemplo partidas de nacimiento, o en el caso de que fuera cónyuge acreditar el acta de matrimonio, en el caso de que la persona fuera conviviente, acompañar el certificado de convivencia; acompañar también certificado médico que acredite el diagnóstico del familiar/cónyuge/conviviente, preferentemente es recomendable que el certificado sea lo más actualizado posible y que se encuentre establecido específicamente en el certificado que es persona de riesgo ante el SARS COVID 19; si la persona se encuentra discapacitada acompañar el certificado que acredite la discapacidad)

Sin otro particular, saludo a Ud. atte.

(firma y aclaración)