**SOLICITA DISPENSA ART. 1 INC. C) DE LA RESOLUCIÓN MTEES 207/2020 (TRABAJADORES Y TRABAJADORAS INCLUIDOS EN 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 la dispensa establecida en el art. 1 inc. c) de la Resolución MTESS 207/2020** **y sus normas complementarias y modificatorias** por ser persona en situación de riesgo encontrándome comprendida en la causal (ref.: *“Trabajadores y trabajadoras incluidos en los grupos de riesgo que define la autoridad sanitaria nacional.”*).

En mi caso he sido diagnosticada/o 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 la/el médica/o tratante ha certificado que por la característica de la dolencia padecida también es grupo de riesgo)**

**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; certificado médico que acredite el diagnóstico, 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)

Sin otro particular, saludo a Ud. atte.

(firma y aclaración)