|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NT FOSULTANINDIVIDUAL CONTRACTORS**  **DECLARACIONES DE SALUD – CONTRATO INDIVIDUAL**  Nombre del Consultor/Contratista Individual:  Apellido, Nombre  **Declaración de Buena Estado de Salud**  De conformidad con las disposiciones de la Cláusula 5 de los [Términos y Condiciones Generales para Contratistas Individuales](https://intranet.undp.org/unit/oolts/oso/psu/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/unit/oolts/oso/psu/Support%20Documents%20on%20the%20IC%20Guidelines/UNDP%20General%20Conditions%20for%20Individual%20Contractors.pdf&action=default), presento esta Declaración para certificar que en buen estado en buen estado de salud y asumo toda responsabilidad por la precisión de esta Declaración. Soy consciente de que la información relativa a los requisitos de inoculación con respecto a los viajes oficiales a países puede consultarse en <http://www.who.int/ith>.  Certifico que mi cobertura de seguro médico es válida durante el período comprendido desde el      hasta (si corresponde)\_  Certifico que mi seguro médico cubre las evacuaciones médicas en el/los Lugares de Destino(s):       Lugar de Destino (s) clasificado(s):      “B a E”. Lugares de Destino clasificado(s) con “A” o “H” no requieren cobertura de evacuación médica.  El nombre de mi compañía de Seguro Médico es:  Número de Póliza:  Número de teléfono de la compañía de Seguro Médico:  **Debe adjuntarse una copia de la Póliza de seguro a este formulario.** | | | |
|  |  |  |  |
| Firma del Consultor/Contratista Individual Fecha  Esta declaración solo es válida para el Contrato de Consultor/Contratista individual No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  |  |  |
| Firma del Oficial / Supervisor del Contrato Nombre | | | |
|  |  |  | |
| Unidad de Negocio / Oficina de Campo | | | |