DON/DÑA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mayor de edad, con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y con domicilio a efectos de notificaciones en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, categoría profesional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ante esta entidad comparece y DICE:

 Durante sus turnos de trabajo de los días--------------------------------------llevó como protección frente al coronavirus las mascarillas proporcionadas por su Gerencia, que concretamente eran Face Mask KN95 Sinpul Health A1301.

Su puesto de trabajo es la Unidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Hospital /Centro de Salud\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Que dichas mascarillas no indican la certificación correspondiente, por lo que no cumplen con los requisitos de seguridad que anuncian.

 Por dicho motivo por parte de la Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, el día 9 de mayo de 2020, se procede a la retirada inmediata de dicha mascarilla.

 Que ante el riesgo al que he estado expuesta el/la compareciente como profesional Enfermera/o que presta servicios para esta Gerencia, solicita que se le realice de manera inmediata la prueba de diagnóstico PCR correspondiente a la detección de COVID-19, expresamente esta y no otra.

Asimismo en caso de que la prueba diese resultado positivo, se declare el proceso de Incapacidad Temporal subsiguiente, derivado de accidente de trabajo, y por tanto de carácter profesional.

Por todo lo expuesto,

**SOLICITO** se tenga por presentado este escrito y lo estime a los efectos legales oportunos.

 En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2020

 Fdo.:

**A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SECTOR ---------------------------------**