Ciudad, fecha.

Señores

**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**

**ASUNTO: SOLICITUD ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA EL COVID-19.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de médico especialista en dermatología afiliado a esa ARL y considerando que me encuentro dentro del grupo de riesgo de exposición al coronavirus COVID-19 por razón de mi actividad profesional, con fundamento en el artículo 32 de la Ley 1755 de 2015, el Decreto 1072 de 2015, Decreto 488 de 2020 y las circulares 017 y 029 de 2020 expedidas por el Ministerio de Trabajo, respetuosamente me permito solicitar se sirvan hacerme entrega de los elementos de protección personal y bioseguridad para utilizarlos durante los días que dure la emergencia sanitaria decretada por el Ministerio de Salud y evitar el riesgo de contagio.

Agradezco hacer llegar los elementos solicitados a la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (incluir dirección) o sírvanse indicar el lugar en donde debo recogerlos.

Manifiesto que autorizo recibir notificaciones en mi correo electrónico.

Atentamente,

FIRMA

NOMBRE COMPLETO

IDENTIFICACIÓN

DIRECCIÓN

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO MÓVIL

TELÉFONO FIJO