

DECLARACIÓN JURADA

Yo,..... (*)

Identificado con DNI:....., domiciliado en: (Jr./Calle/Urb.)

..... Distrito:

Provincia: Departamento:,

estando en pleno uso de mis facultades y en honor de la verdad:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, he cesado por Invalidez, declarado con incapacidad de grado y naturaleza

....., y menoscabo al%, por padecimiento de (enfermedad)

....., según Informe Médico N° emitido por el

Hospital/COMAFP-Comité Médico de AFP

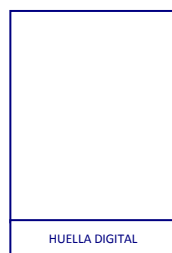
emitido con fecha....., recepcionado personalmente/vía correo electrónico de fecha

.....

Finalmente, ante cualquier **“FALSEDAD”** de lo manifestado o **“FALSIFICACIÓN”** de los documentos presentados a **Derrama Magisterial**, me someto a los Artículos N° 428° y 427° del Código Penal y demás leyes vigentes de nuestra legislación.

....., de de

(*) En caso que el Declarante no pueda firmar deberá poner su huella, y presentar un testigo a ruego quien firmará al lado izquierdo, adjuntando copia de su DNI.



.....
Firma