



DECLARACIÓN JURADA 2023 PERSONAL CESANTE

TIPO DE PERSONAL: Docente Cesante Administrativo Cesante Sobreviviente: Viudez Orfandad

CONSIGNAR APELLIDOS, NOMBRES Y FECHA DE NACIMIENTO TAL COMO FIGURAN EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	D.N.I./L.E. <input type="checkbox"/>	Carné de Extranjería <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Nro. <input type="text"/>
--------------------------------	--------------------------------------	---	------------------------------------	---------------------------

Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sexo :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	teléfono:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Día	Mes	Año		Fem.	Masc.		Fijo	Móvil

Domicilio:		
<small>Av./Clle./Jr./Otros</small>	<small>Nº/Km/Mz/ Int/Dpto/Lote</small>	<small>Urb./PPJJ/UV/Otros</small>

			Estado Civil:	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>
<small>DEPARTAMENTO</small>	<small>PROVINCIA</small>	<small>DISTRITO</small>			

Cuenta de Ahorro del Banco de la Nación: (Aperturada por una Entidad Estatal)	
Correo Electrónico	

Divorciado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------------

En pleno uso de mis derechos y con Pleno conocimiento del Art.42° de la Ley N°27444 Ley del Procedimiento Administrativo General y Arts.428° y 438° del Código Penal;

DECLARO BAJO JURAMENTO LO SIGUIENTE:

1. Que tengo vínculo laboral con otra Entidad del Sector Público (Art.7 D.Leg.276, Art.139 D.S.N°005-PCM y Art.8 del D.L.20530). **SI** **NO**

Entidad y Sector
en la Entidad en mención tengo la siguiente condición:

Personal Activo <input type="checkbox"/>	Personal Cesante <input type="checkbox"/>
Con Remuneración Activa <input type="checkbox"/>	Con Pensión Activa <input type="checkbox"/>
En uso de Licencia sin goce de haber <input type="checkbox"/>	Con Pensión suspendida <input type="checkbox"/>
Periodo de Licencia.....	Periodo de Suspensión.....
Nº Resoluc (Adjuntar resolución)	Nº Resoluc. (Adjuntar resolución)

Información adicional:.....

Así como también en dicha Entidad percibo la Escolaridad y los Aguinaldos de los meses de Julio y Diciembre. **SI** **NO**

2. Que, al no percibir los conceptos antes mencionados en otra Entidad del Sector Público, autorizo a la Unidad de Compensaciones y Pensiones de la UNE, se me pague la Escolaridad y los Aguinaldos de los meses de Julio y Diciembre. **SI** **NO**

Es de mi estricta responsabilidad suspender por escrito la percepción de estos beneficios en la Otra Entidad; alcanzando la copia y sustento correspondiente para su aplicación.

3. Estar afiliado a ESSALUD VIDA (*) **SI** **NO**

4. **Datos obligatorios para la Oficina de Normalización Provisional ONP (Cálculo Actuarial):**

Estado Civil Casado: Apellidos y Nombres del Esposo (a)		Nº de DNI:	Fecha de Nacimiento:
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Tiene Hija Soltera?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
			Día Mes Año
Tiene Hijo Invalido?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		Sexo :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
			Femen. Mascul.
Tiene Hijos menores de 18 años?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		del último hijo menor de 18 años	Día Mes Año
		Sexo :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		del último hijo menor de 18 años	Femen. Mascul.
Tiene Madre Viva?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
			Día Mes Año
Tiene Padre Vivo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
			Día Mes Año

En caso que se verifique la falsedad de todo o parte de la presente DECLARACIÓN JURADA me someto a las acciones administrativas y penales a que hubiera lugar.

Nota: Adicionalmente a la presentación de las declaraciones juradas deberá adjuntar el escaneado legible de su DNI.

(*) Es el seguro contra accidentes de EsSalud que otorga indemnizaciones en caso de accidentes.

Ciudad Universitaria, de del 2023.

.....
FIRMA

Nº Doc. Ident.....