



## DECLARACIÓN JURADA 2024 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**

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**    **D.N.I./L.E.**     **Carné de Extranjería**     **Pasaporte**     **Nro.**

**Fecha de Nacimiento:**       **Sexo :**      **teléfono:**

Día    Mes    Año                      Fem.    Masc.                      Fijo                      Móvil

**Domicilio:**

Av./Clle./Jr./Otros                      N°/Km/Mz/ Int/Dpto/Lote                      Urb./PPJJ/UV/Otros

<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>Estado Civil:</b> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	

**Correo Electrónico**     Divorciado     Viudo

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:

<b>Personal Activo</b> <input type="checkbox"/> Con Remuneración Activa <input type="checkbox"/> En uso de Licencia sin goce de haber <input type="checkbox"/> Periodo de Licencia..... N° Resoluc (Adjuntar resolución) .....	<b>Personal Cesante</b> <input type="checkbox"/> Con Pensión Activa <input type="checkbox"/> Con Pensión suspendida <input type="checkbox"/> Periodo de Suspensión..... N° 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):**

<b>Estado Civil Casado: Apellidos y Nombres del Esposo (a)</b>		Nº de DNI:	Fecha de Nacimiento:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Tiene Hija Soltera?</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento :		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Día	Mes	Año
<b>Tiene Hijo Invalido?</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento :		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Día	Mes	Año
			Sexo : <input type="text"/>		
			Femen.	Mascul.	
<b>Tiene Hijos menores de 18 años?</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento :		
			del último hijo menor de 18 años		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Día	Mes	Año
			Sexo : <input type="text"/>		
			del último hijo menor de 18 años		
			Femen.	Mascul.	
<b>Tiene Madre Viva?</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento :		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Día	Mes	Año
<b>Tiene Padre Vivo?</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento :		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input 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 2024.

.....  
FIRMA

Nº Doc. Ident.....