



DECLARACION JURADA PARA NUEVO PERSONAL DEL HOSPITAL DE VENTANILLA



APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NAC.	
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	
DOMICILIO _____		TELEF.: _____	
SEXO M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL S <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
¿Estoy exonerado de la Retención del Impuesto a la renta de 4Ta. Categoría?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
N° DE CONTRATO: _____			
A PARTIR DE: _____ HASTA: _____			
OFICINA Y SERVICIO DONDE LABORA: _____			
PERCIBE UD. ALGUNA REMUNERACION O PENSION EN OTRA ENTIDAD DEL ESTADO	SI ()	NOMBRE DE LA INSTITUCION	
	NO ()		
<u>A QUE RÉGIMEN PENSIONARIO SE ENCUNTRA AFILIADO</u>			
A) DECRETO DE LEY 19990	CAJA NACIONAL DE PENSIONES		
B) DECRETO DE LEY 25897 - A.F.P.	INTEGRA ()	PRIMA	
	HORIZONTE ()	PROFUTURO	
C.U.S.P.P: _____			

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SON REALES CASO CONTRARIO SERE MERECEDOR A LAS SANCIONES PERTINENTES

Callao, _____ de _____ 202 _____

Firma Registrada en el DNI del Declarante

Huella Dactilar