

DECLARACION JURADA (DATOS PERSONALES) - 2017

IDENTIFICACION PERSONAL (Registro con letra imprenta)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres (Completo)		
Estamento (Docente/Administrativo)	Condición Laboral	Facultad/Oficina	Nivel Rem.	Código
Nivel Educativo	Profesión	Ocupación		

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DNI		SEXO		ESTADO CIVIL		FECHA DE NACIMIENTO		
L.M.		Masc.	Fem.	Soltero		Día	Mes	Año
RUC				Casado				
Pasap/Céd.Id.				Divorciado				
Aut.EsSALUD				Viudo				
Telefono Fijo		Grupo Sanguineo		Conviviente		LUGAR DE NACIMIENTO		
Celular						Departamento		
Lic. Conducir						Provincia		
Categoría L.C.						Distrito		
						Nacionalidad		

Nombre del Banco donde se deposita la remuneración

Tipo de Cuenta	Ahorro		Débito		Cta. Cte		Otro	
Nro. de Cuenta				CCI				

Si no tiene N° Cuenta, debe hacer el tramite en la Unidad de Tesorería - Oficina de Economía y Finanzas de la UNJBG

Correo Electrónico								
Dirección de Domicilio								

Tiene +Vida Seguro de Accidentes SI No

REGIMEN DE PENSIONES: (Marque con una X)

C.J.M. D.L. 20530	<input type="checkbox"/>	AFP - SSP D.L. 25897	<input type="checkbox"/>
SNP - ONP D.L. 19990	<input type="checkbox"/>	Nombre de la AFP	
		Fecha de Afiliación	
		CUSSP-Código AFP	

Discapacidad Si () No ()

Sindicalizado Si () No ()

Apellidos y Nombres: Padre		Nombre del Sindicato	
Apellidos y Nombres: Madre		Vive (Si/No)	
		Vive (Si/No)	

DATOS DEL CONYUGUE/CONVIVIENTE (Registrese los datos solicitados)

Apellidos y Nombres Completos	/ /	Fecha de Nacimiento	/ /	Fecha de Matrimonio	/ /
-------------------------------	-----	---------------------	-----	---------------------	-----

L.E./DNI		Acta de Matrimonio	N°
----------	--	--------------------	----

Ocupación	Centro Laboral (Indicar)	Teléfono
-----------	--------------------------	----------

Correo Electrónico	
--------------------	--

DATOS DE LOS HIJOS (Registrece los datos solicitados)

Apellidos y Nombres Completos	Edad	Sexo	Fecha de Nac.	Doc. Part. ó DNI	Con Discapacidad
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		

BONIFICACION POR ESCOLARIAD Y AGUINALDOS

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

- A Trabajo sólo en la UNJBG, donde percibiré el beneficio por ESCOLARIDAD Y AGUINALDO POR POR FIESTAS PATRIAS Y NAVIDAD EN LA UNJBG.
- B Soy Cesante de la UNJBG, donde percibiré el beneficio por ESCOLARIDAD Y AGUINALDO POR POR FIESTAS PATRIAS Y NAVIDAD EN LA UNJBG.
- C Trabajo en otra Institución: _____, en la que NO percibiré el beneficio por ESCOLARIDAD Y AGUINALDO, por lo que ADJUNTO constancia para que se me abone en la UNJBG.
- D Soy Cesante de otra Institución: _____, en la que NO percibiré el beneficio por ESCOLARIDAD Y AGUINALDO, por lo que ADJUNTO constancia para que se me abone en la UNJBG.
- E Trabajo en otra Institución: _____, en la que percibiré el beneficio por ESCOLARIDAD Y AGUINALDO.
- F Soy Cesante de otra Institución: _____, en la que percibiré el beneficio por ESCOLARIDAD Y AGUINALDO.

INFORMACION ADICIONAL

Si labora en otra Institucion, indicar :

1.- Nombre de la Insitución:

2.- Regimen Laboral: PUBLICO

PRIVADO

OTRO

3- Ingreso promedio mensual:

4.- Indicar la condición laboral en la otra Insititución :
(Nombrado, Contratado, Pensionista, Eventual, CAS, etc.)

NOTA:

- Las declaraciones juradas deberán de presentarse a la OFICINA DE RECURSOS HUMANOS, dentro de los primeros 5 días de cada año en forma completa y correcta. El personal nuevo que ingresa a laborar en la UNJBG, deberá entregar la presente Declaración Jurada, luego de firmar el contrato.
- En caso de variación o cambio de la información consignada en la presente declaración, se servirá en forma obligatoria efectuar la actualización de datos a fin de no incurrir en incompatibilidad, bajo responsabilidad.
- En caso de no presentar la declaración jurada, el servidor, se someterá a disposiciones estipuladas, de acuerdo a normas y otras que disponga la autoridad competente.
- El servidor debe adjuntar copia fotostatica simple de su DNI y del cónyuge o conviviente, cuya fecha deberá ser C14vigente.
- En el caso de ser cesante en otra Institución, el servidor deberá gestionar su condición de asegurado ACTIVO, con sus boleta de pago en la Oficina de Aseguramiento de EsSalud, caso contrario no tendrá derecho a licencias médicas.

Tacna, _____ de _____ del 2017.

Firma del Trabajador (Según DNI)	
DNI N°	

PARA CASOS DE EMERGENCIA, INDICAR: (Datos de familiar u otro)

Apellidos y Nombres	Dirección y/o Centro de labor	Teléfono