

DECLARACION JURADA (DATOS PERSONALES) - 2020

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 (*)		
Colegio Profesional (*)	Nro. Registro Colegio Profesional (*)	SI	NO	Habilitado (*)

(*) *Datos obligatorios*

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	LUGAR DE NACIMIENTO		
Telefono Fijo	Grupo Sanguineo	Conviviente	Departamento		
Celular			Provincia		
Lic. Conducir			Distrito		
Categoría L.C.			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 trámite en la Unidad de Tesorería - Dirección General de Administración

Correo Electrónico	
Dirección de Domicilio	

Tiene +Vida Seguro de Accidentes	SI	No
----------------------------------	----	----

RÉGIMEN DE PENSIONES: (Marque con una X)

C.J.M. D.L. 20530	AFP - SSP D.L. 25897
SNP - ONP D.L. 19990	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 CÓNYUGE/CONVIVIENTE (Regístrese 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 (Regístrese los datos solicitados)

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

BONIFICACIÓN POR ESCOLARIAD Y AGUINALDOS 2020

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 (Pública o Privada), indicar :

- 1.- Nombre de la Insitución:
- 2.- Regimen Laboral: PUBLICO PRIVADO OTRO
- 3.- Ingreso promedio mensual:
- 4.- Indicar la condición laboral en la otra Insitución :
(Nombrado, Contratado, Pensionista, Eventual, CAS, etc.)
- 5.- Dedicación (Tiempo Completo/Tiempo Parcial)

NOTA:

- Las declaraciones juradas deberán de presentarse en la UNIDAD 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 respectivo.
- 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, cónyuge o conviviente, e hijos cuya fecha deberá ser vigente.
- 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 2020.

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