

DECLARACIÓN JURADA

Firma legalizada, autenticada o por videollamada (*)

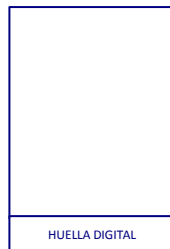
Yo,.....(**), i identificado(a)
con DNI N°....., domiciliado en:
Distrito de....., Provincia de..... y Departamento de
....., estando en pleno uso de mis facultades y en honor de la verdad:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que he cesado por Invalidez, por padecer de: (enfermedad)
....., declarada según Informe Médico N°
..... emitido por el Hospital/COMAFP (Comité Médico de
AFP)..... de fecha
....., con incapacidad de grado y naturaleza, con
menoscabo al%

Que autorizo expresamente a la Derrama Magisterial a verificar, a su solo criterio, la
veracidad de la información aquí consignada, sometiéndome a lo dispuesto por los Artículos
428° y 427° del Código Penal ante cualquier **FALSEDAD** en lo manifestado o **FALSIFICACIÓN** de
los documentos presentados.

....., de de



.....
Firma
(LEGALIZADA O AUTENTICADA)

Notas:

(*) Firma Legalizada ante Notaría, autenticada en oficina por personal de Derrama Magisterial o por videollamada (previa coordinación).

(**)En caso el Declarante sea iletrado(a) o no pueda firmar, deberá presentar un testigo a ruego, quien firmará al lado Izquierdo, adjuntando copia de su DNI.