

 <b>UNSA</b> <small>UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA</small>	<b>DECLARACIÓN JURADA</b> PERCIBIR ÚNICAMENTE SUBSIDIO DE FALLECIMIENTO EN LA UNIVERSIDAD	
		<b>FORMULARIO N° 06</b>

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

**LUGAR DE RESIDENCIA**

Distrito	Urbanización	Av. / Calle / Psj.	N° / Dpto / Int.

**GRADO DE PARENTESCO**

Esposo (a) <input type="checkbox"/>	Hijo (a) <input type="checkbox"/>	Padres <input type="checkbox"/>	Hermano (a) <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------

Documento de identidad	Teléfono	Correo electrónico

**DECLARO BAJO JURAMENTO**

Que solo recibiré el SUBSIDIO DE FALLECIMIENTO en la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa sometiéndome a los Arts. 32 y 42 de la Ley 27444 - Ley de Procedimientos Administrativos General - y al Código Penal en lo que sea aplicable, para la tramitación de dicho subsidio.

Lugar y fecha de suscripción de la Declaración Jurada	Huella Digital	Sello, fecha, hora y firma del encargado de la recepción documentaria
..... de ..... del .....  Firma.....		