

	CONSEJO NACIONAL – COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ	CÓDIGO:	FO-RFA-07
DECLARACIÓN JURADA DE PRESTACIÓN SOCIAL ECONÓMICA POR EMERGENCIA SANITARIA NACIONAL O REGIONAL		VERSIÓN:	03-B
Sistema de Gestión de la Calidad		PÁGINA:	1 de 1

DECLARACIÓN JURADA DE PRESTACIÓN SOCIAL ECONÓMICA POR EMERGENCIA SANITARIA NACIONAL O REGIONAL

Yo, _____ de _____ años de
(Apellidos y nombres del solicitante)

edad, Identificado con DNI N° _____, CTMP _____ domiciliado (a)
en _____

DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

Padecer o haber padecido de _____
Enfermedad comprendida dentro de la emergencia nacional.

Asimismo, declaro haber estado o estar en la condición de hospitalizado en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad de Cuidados Intermedios a consecuencia de complicaciones de salud derivadas por el COVID-19.

Que, la documentación que presento de manera virtual es fiel al original, que cumpliré con presentar al Colegio Tecnólogo Médico del Perú en un plazo máximo de 30 días contados al día siguiente de concluido el Estado de Emergencia

En concordancia al artículo 9° del Reglamento de Fondo de Ayuda, afirmo que al solicitar esta prestación social económica será descontada de mi prestación social económica por invalidez permanente, etapa terminalo fallecimiento.

Para tal efecto, dejo el número de cuenta bancaria: _____, de la entidad financiera _____, con Código de Cuenta Interbancario (CCI) N° _____, a nombre de _____ a efectos de poder ejercer el cobro de mi prestación social económica asignada.

Asimismo, en caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, concordante con el artículo 32° de la Ley N.º 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, las normas disciplinarias del CTMP y las demás normas legales aplicables al caso.

Finalmente, en base al principio de la ignorancia de la ley no exime de su cumplimiento, debe de conocer los alcances del Reglamento de Fondo de Ayuda.

En fe a lo afirmado suscribo la presente.

_____, _____ de _____ del _____

Firma

DNI: _____