

DECLARACIÓN JURADA DE CONTAR CON SEGURO DE SALUD

Yo _____;

identificado con DNI N° _____ y domiciliado en

_____, en pleno uso

de mis facultades físicas y mentales, **DECLARO BAJO JURAMENTO CONTAR CON UN**

SEGURO DE SALUD PARA CUBRIR MIS ATENCIONES MEDICAS Y DE EMERGENCIA, el

cual se encuentra activo a la fecha y corresponde a:

SIS

EsSalud

FFFAA/PNP (especificar): _____

Privado (especificar): _____

Para lo cual dejo constancia con mi firma y huella digital para efectos de presentarme

al **PROCESO DE ELECCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS PARA EL INTERNADO MÉDICO**

2021, en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma.

Santiago de Surco, _____ de 2021

Firma



Huella digital