****

**DECLARACIÓN JURADA**

1. **INFORMACIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA:**
	1. COLEGIATURA Nº…………….. FECHA DE COLEGIATURA: ……../…….../…..... COLEGIO REGIONAL DE PROCEDENCIA: …………………………..
	2. NOMBRES Y APELLIDOS:………………………………………………………………………..EDAD……………..SEXO:………………
	3. FONO FIJO:………………………… CELULAR:…………………………………E-MAIL: ……………………………………………………
	4. LUGAR DE PROCEDENCIA: REGIÓN………………………………PROV……………………….… DISTRITO……………………..
	5. E. CIVIL: ………………………….
	6. SE ENCUENTRA AFILIADO: SIS (.…..) ESSALUD (.…..) SEGURO DE FUERZAS ARMADAS O POLICIALES (.…..)

OTRO SEGURO (.…..) NINGUNO (.…..)

* 1. GRADO UNIVERSITARIO: TITULADO (.…..) MAESTRÍA (.…..) ESPECIALIDAD (.…..)
1. **SITUACION LABORAL:**
	1. CONDICIÓN LABORAL: NOMBRADO (……) CONTRATADO (.…..) TERCERO (……) OTROS: ……………………….
	2. TIEMPO LABORAL: DE 1 A 5 AÑOS (…...) DE 6 A 10 (…..) 10 A 15 (…..) DE 16 A MÁS (…..) CENTRO LABORAL ACTUAL………………………………………………………………..
	3. TIPO DE AMBIENTE LABORAL: ESTATAL (…..) PRIVADO (…..) MIXTO (…..) INDEPENDIENTE (…..) EMPRESA PROPIA (…..)
2. **SITUACIÓN SOCIO LABORAL - SITUACIÓN DEL CONSULTORIO**
	1. **TENENCIA DEL CONSULTORIO:** PROPIO (.…..) COMPARTIDO (…...) ALQUILADO (…...) FAMILIAR (…...) HIPOTECA (…...)
	2. **TIPO:**  INDEPENDIENTE (.…..) EDIFICIO (.…..) EN CASA (.…..)
	3. SERVICIOS: AGUA Y DESAGÜE (.…..) PISO ACABADO (.…..) FALSO PISO (.…..)
	4. **TIPO DE TECNOLOGÍA:** MODERNA (.…..) ESPECIALIZADA (.…..) SIMPLE (.…..) OTROS…………………………………………
3. **COMPOSICIÓN FAMILIAR** (CARGA FAMILIAR O PERSONAS DEPENDIENTES):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y Apellidos** | **Parentesco** | **Edad** | **E. Civil** | **Grado****Instrucción** | **Ocupación** | **Grado de Dependencia** | **Ingreso** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |

1. **SITUACIÓN ECONÓMICA**
	1. RECIBE INGRESOS DEL ESTADO: SI (.…..) NO (.…..)
	2. CUANTO PERCIBE UD?: MÍNIMO (.…..) MÁS DEL MÍNIMO (.…..) DE 3,000 A 6,000 (.…..) DE 7,000 A MÁS (.…..)
	3. PAGA USTED A LA SUNAT? SI (.…..) NO (.…..)
	4. ESTA AL DÍA EN SUS CUOTAS SOCIETARIAS? SI (.…..) NO (.…..)
	5. TIENE OTROS GASTOS? ESTUDIO (.…..) IMPLEMENTACIÓN DEL CONSULTORIO (.…..) OTROS (.…..)
	6. RECIBE OTROS INGRESOS QUE NO SEAN DEL CONSULTORIO: SI (.…..) NO (.…..) ESPECIFIQUE:…………………….
	7. INDIQUE EL NUMERO DE SU CUENTA DE AHORRO Nº …………………………………………………………………………….

CCI Nº.…………………………………………………… ENTIDAD BANCARIA ……………………………………………………….

1. **SITUACIÓN DE VIVIENDA**
	1. **TIPO:** INDEPENDIENTE (….) QUINTA (…..) EDIFICIO (…..) CONDOMINIO (…..) OTROS……………………………………….
	2. **TENENCIA:** PROPIA (…..) ALQUILADA (…..) ALOJADO (…..) ALQUILER VENTA (…..) OTROS…………………………………
	3. **MATERIAL:** PARED: LADRILLO (…..) ADOBE (…..) TRIPLEY (…..) OTROS………………………………………………………….
	4. **TECHO:** CEMENTO (…..) ETERNIT (…..) MAPRESA (…..) TRIPLAY (…..) OTROS ……………………………………………….
	5. **PISO:** ACABADO (…..) FALSO PISO (…..) TIERRA (…..) CEMENTO (…..) OTROS………………………………………………..
	6. **SERVICIOS:** AGUA PROPIA (…..) PILETA COMÚN (…..) COMPRA (…..) OTROS…………………………………………………..
	7. **DESAGÜE:** RED PUBLICA (…..) **ALUMBRADO:** ELÉCTRICO (…..) OTROS………………………………………………………..
	8. **Nº DE HABITACIONES:** TOTAL……………. DORMITORIOS…………… Nº CAMAS INDIVIDUALES…….…. CAMAROTES……….. OTROS………….
2. **SITUACIÓN DE SALUD**
	1. BUENA (.…..) REGULAR (.…..) MALA (.…..)

PORQUÉ? .....................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................

1. **COMPROMISO CON EL COLEGIO**
	1. CUANTO TIEMPO TIENE DE COLEGIADO?........................................................
	2. CUANTOS AÑOS VIENE APORTANDO AL COLEGIO? 2AÑOS (.…..) 4 AÑOS (.…..) 6 A MÁS (.…..)
	3. ES CONSECUENTE CON SUS APORTACIONES? SI (.…..) NO (.…..)

PORQUÉ? ........................................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................................

* 1. QUE OTROS BENEFICIOS LE GUSTARIA TENER DE LAS QUE YA TIENE?

.......................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................

1. **APRECIACION CRITICA (NO LLENAR)**

.......................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................

DECLARACIÓN QUE HAGO CON PLENO CONOCIMIENTO DE LOS ALCANCES LEGALES QUE SE ESTABLECE EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 411º DEL CÓDIGO PENAL, CONCORDANTE CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 32º DE LA LEY Nº 27444, LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL.

FECHA: …........abril del 2020

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

Nombre y Apellidos:

DNI º

COP N º