DECLARACIÓN JURADA DE VULNERABILIDAD

 Fecha (1) ……..………………………………………………..….

Consejo Departamental de …………….………………………………….

SUMILLA: **SOLICITO APOYO EXCEPCIONAL PARA INGENIEROS VITALICIOS MAYORES DE 70 AÑOS, EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD**

Ingeniera

**MARÍA DEL CARMEN PONCE MEJÍA**

Presidente del

Instituto de Servicios Sociales (ISS)

Colegio de Ingenieros del Perú

Av. Arequipa N.° 4947 – Lima 18

Presente.-

Yo, (2) …………………………………………………………………………………………………………, con Reg. CIP N.° ………………., identificado con DNI N.° ………………………., con ….... años de edad, domiciliado en ……………………….………………………………………………….., distrito de …………………………………, provincia de ………..…………………………, departamento de ………..……………..………, con correo electrónico …………………………………………………………………….., teléfono fijo …………………………….. *(indicar código de la ciudad)* y teléfono celular N.° ……………..…………….., adscrito al Consejo Departamental de ……………………………………….….., solicito el **APOYO EXCEPCIONAL PARA INGENIEROS VITALICIOS MAYORES DE 70 AÑOS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD, POR UN MONTO DE S/. 500.00, AL NO HABER SIDO BENEFICIARIO DE CTS, AFP, BONO DEL ESTADO U OTRO SIMILAR OTORGADO POR EL CIP**, por las consideraciones que detallo a continuación:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO QUE**:

* El sustento de mi solicitud es veraz, de no ser así me someto a los órganos deontológicos del CIP y al fuero judicial, sin menoscabo a devolver el importe recibido con los intereses respectivos.
* En caso de recibir el apoyo solicitado, autorizo que se me descuente de mis futuros beneficios.

En tal sentido, comunico que, de aprobar mi solicitud, podrán depositarlo a mi Cuenta de Ahorros N.° ……………………………………………………..….… y Código de Cuenta Interbancaria N.° ……………………..……………………………. del Banco …………………………………….

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

Firma

(Nombres y apellidos completos)

 (Huella digital legible)

1. **Indicar: Lugar, día, mes y año.**
2. **Colocar nombre completo del solicitante**

El Decano y Vicedecano Departamental declaran haber corroborado la condición de vulnerable en que se encuentra el solicitante; se hacen solidariamente responsables de la veracidad del contenido de la solicitud, así como del aporte entregado, por lo cual suscriben el presente documento.

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

 **Decano Departamental Vicedecano Departamental**