 ***SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO ESTUDIANTIL***

 ***SUCRE – BOLIVIA***

***Form. Nº. I***

***DECLARACION JURADA DE NO AFILIACION A OTROS SEGUROS***

***Yo……………………………………………………………………………………………mayor de edad, vecino(a) de esta ciudad, hábil por derecho, con***

***CEDULA DE IDENTIDAD Nº …………………………………Exp en…………………***

***CARNED UNIVERSITARIO Nº ……………………………….***

***ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE……………………………………….....................***

***FECHA DE NACIMIENTO………………………………………………………………..***

***CORREO ELECTRONICO………………………………………………………………..***

***DIRECCIÓN………………………………………………………………………………..***

***TELF. O CELULAR…………………………………………………………………………***

***NOMBRE Y TELF DE UNA PERSONA COMO REFERENCIA………………………………………………………………………………***

***Perteneciente a la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, declaro libremente lo siguiente:***

 ***SI NO***

 ***Estar afiliado en otra Institución de Salud.***

***Al no contar con otro seguro en otros Centros de Salud y en aplicación al D.S. 308 me corresponde estar afiliado al Seguro Social Universitario Estudiantil (S.S.U.E.)***

***Fecha: ………........….de………..………………de…………………..***

***FIRMA DEL SOLICITANTE***