**

 **SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO ESTUDIANTIL**

 **SUCRE – BOLIVIA**

**Form. Nº. 1**

**D E C L A R A C I O N J U R A D A D E A F I L I A C I O N AL**

**S. S. U. E.**

**Yo……………………………………………………………………………………………………………………………………………**mayor de edad, vecino(a) de esta ciudad, hábil por derecho, con Cédula de Identidad Nº………………………………………………………,Carnet Universitario Nº. ……………………………………………………,……

Estudiante regular de la carrera de…………………………………………………………………………………………………….

Perteneciente a la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Declaro libremente no estar afiliado en ninguna Institución de Salud de nuestro medio, a efecto de gozar del beneficio de salud del Seguro Social Universitario Estudiantil de Sucre.

Autorizo expresamente al Seguro Social Universitario Estudiantil, que, en cualquier momento, cuando así lo amerite, realizar las investigaciones necesarias para determinar la veracidad de la presente Declaración Jurada. En caso de demostrarse doble afiliación de salud, me comprometo a cancelar todos los gastos incurridos por el Seguro Social Universitario Estudiantil realizado en mi persona, previa actualización de precios.

Para tal efecto y cumpliendo los puntos arriba mencionados, estampo mi firma al pie de la presente Declaración Jurada

Lugar y Fecha: Sucre,……………………….de…………………………………………..de………………………

FIRMA SOLICITANTE

 C.I…………………………………………………………

 C.U………………………………………………………..

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