

1. DECLARACION JURADA DE DATOS PERSONALES - (Utilizar letra legible y en imprenta)											
1.1. Apellidos y Nombres:						1.2. Edad:					
1.3. Fecha de Nacimiento:			1.4. Lugar de Nacimiento		1.5. Provincia		1.6. Departamento		1.7. D.N.I. o Carnet Ex.		1.8. R.U.C
día	mes	año									
1.9. Domicilio Actual				1.10. Distrito			1.11. Referencia (avenida o calle principal)				
1.12. Teléfonos				1.13. Estado Civil (marcar con una x)							
Domicilio:		Celular:		Soltero		Casado		Conviviente		Divorciado	Viudo
				1		2		3		4	5
2. INFORMACIÓN LABORAL											
2.1 Fecha de Ingreso a la institución				2.2 Régimen Laboral (marcar con una x)				2.3 Régimen Pensionario			
día	mes	año	D.L. N° 1057-CAS ()		D.L. N° 728 ()						
2.4 Cargo o Puesto				2.5 Áreas (ANP, UOF u otros)				2.6 Dependencia (Dirección, Oficina u otros)			
3. INSTRUCCIÓN											
3.1. Educación Primaria			3.2. Educación Secundaria			3.3. Educación Superior No Universitaria			3.4. Educación Superior Universitaria		
Completa			Completa			Completa			Completa		
Incompleta			Incompleta			Incompleta			Incompleta		
3.5. Título Superior No Universitario				3.6. Año de expedición de título técnico				3.7. Nombre del Instituto			
				día	mes	año					
3.8. Título Profesional: (colocar la carrera profesional)				3.9. Año de expedición			3.10. Nombre de la Universidad		3.11. N° Colegiatura		
				día	mes	año					
3.12. Segunda Especialización				3.13. Año de expedición			3.14. Nombre de la Universidad			3.15. Habilitado	
				día	mes	año				Si	No
3.16. Grado Académico						3.17. Año de expedición			3.18. Nombre de la Universidad		
Bachiller en:						día	mes	año			
Magíster en:						día	mes	año			
Doctorado en:						día	Mes	año			

4. INFORMACIÓN FAMILIAR

1.1 DEL CONYUGE/ CONCUBINO(A)

1.1.1 Apellidos y Nombres del cónyuge o concubino:						1.1.2 Edad:		
1.1.3 Fecha de Nacimiento			1.1.4 D.N.I.			1.1.5 Grado de Instrucción (marcar con una x)		
día	mes	año				Primaria	Secundaria	
						Superior No Universitario	Superior Universitario	
1.1.6 Centro Laboral			1.1.7 Dirección del Centro Laboral			1.1.8 Teléfono del centro laboral		

COMPOSICIÓN FAMILIAR (Seguro de salud: marcar una "x" si está asegurado)

Nº	Apellidos y Nombres	Edad	Nº de DNI	Estado Civil	Parentesco	Ocupación	Seguro de Salud
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

5. SITUACIÓN DE VIVIENDA (marcar con una x)

5.1 Tenencia					5.2 Tipo de domicilio								
Propia		Alquilada		Alojado		Otros		Unifamiliar		Multifamiliar		Otros	
5.3 Material de Construcción													
Construido		Semiconstruido		Rustica		Provisional							
5.4 Servicios Básicos (agua, luz, teléfono)													
Si		Parcial		Sin Servicios		Especificar Otros:		Tengo los 3		Solo tengo 2 o 1			
5.5 Equipamiento del Hogar													
De 3 a más Electrodomésticos			De 1 a 2 Electrodoméstico			Ningún Electrodoméstico			Especificar:				

6. SALUD

6.1 ¿Padece de alguna enfermedad o riesgo de salud?												
No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Mencione cuales son:												
6.2 ¿Sufre de alguna alergia?										6.3 Grupo Sanguíneo		
No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Mencione cuales son:												

7. CAPACITACIÓN : Mencione temas/ cursos en los que le gustaría capacitarse											
a.											
b.											
c.											
d.											
e.											
8. EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE:											
Teléfono:										Contacto:	



DECLARACION JURADA DE RELACION DE PARENTESCO Y AFINIDAD
(LEY N° 26771 Y SU Reglamento aprobado por D.S. N° 021-PCM, modificado
mediante D.S. N° 017-2002-PCM y D.S. N° 034-2005-PCM)

1. EN CASO NO TENER PARIENTES

Declaro bajo juramento que no me une parentesco alguno de consanguinidad, afinidad o por razón de matrimonio o uniones de hecho, con personal que preste y/o prestó servicio en el SERNANP, bajo cualquier modalidad: Contrato de Servicios No Personales o Locación de Servicios o Contratos de Administración de Servicios; designación o nombramiento en cargos de confianza; o en actividades Ad-Honorem.

Ratifico la veracidad de lo declarado, sometiéndome, de no ser así, a las correspondientes acciones administrativas y de Ley.

Lima,.....de.....de 202...

.....
FIRMA
Nombre y Apellidos:
D.N.I.N°:.....

2. EN CASO DE TENER PARIENTES

Declaro bajo juramento, que en el SERNANP, presta y/o prestó servicios el personal cuyos apellidos y nombres indico, a quien o quienes me unen el grado de parentesco o vínculo conyugal señalado a continuación:

APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO O VINCULO CONYUGAL	OFICINA Y/O DEPENDENCIA

Lima,.....de.....de 202...

.....
FIRMA
Nombre y Apellidos:
D.N.I.N°:.....

DECLARACION JURADA
“LEY QUE CREA EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS” – LEY N° 28970

Yo,.....
.identificado con DNI. N°....., con domicilio
.....

Declaro bajo juramento, no tener deudas por concepto de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, ni mantengo adeudo por pensiones alimentarias devengados en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado la inscripción del suscrito en el Registro de Suscrito la presente con carácter de Declaración jurada.

Lima, de, de 202.....

.....
Firma

DECLARACION JURADA DE CONSENTIMIENTO DE AFILIACION A REGIMEN DE
PENSIONES

Yo,.....
identificado con DNI. N°....., de conformidad al numeral 6.5 del Artículo 6° del
Decreto Legislativo N° 1057, que a la letra dice:

6.5 La afiliación a un régimen de pensiones es opcional para quienes ya vienen prestando servicios a favor del Estado y son contratados bajo el presente régimen; y, obligatoria para las personas que sean contratadas bajo este régimen a partir de su entrada en vigencia. A estos efectos, la persona debe elegir entre el Sistema Nacional de Pensiones o el Sistema Privado de Pensiones.

Expreso lo siguiente:

I. Estoy afiliado en el:

- Sistema Nacional de Pensiones (SNP)
 Sistema Privado de Pensiones (AFP) N° de CUSPP.....
 HORIZONTE INTEGRRA PROFUTURO PRIMA HABITA

Lima,.....de.....de 202...

.....
Firma



DECLARACION JURADA

(Ley N° 27815 “Ley del Código de Ética de la Función Pública” y Decreto Supremo N° 033-2005-PCM “Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública” – Reglamento Interno de los Servidores Civiles “Reglamento N° 001-2016-SERNANP-SG-OA”)

DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS QUE PRECISAN EL CÓDIGO DE ETICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y SU REGLAMENTO Y EL REGLAMENTO INTERNO DE LOS SERVIDORES CIVILES

Por la presente yo,, identificado con DNI. N°....., domiciliado en....., distrito de.....Contratado bajo la modalidad de CAS.....o DL 728.....

DECLARO QUE:

1. He recibido un ejemplar de la Ley N° 27815 “Ley del Código de Ética de la Función Pública” así como del Decreto Supremo N° 033-2005-PCM “Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública” y el Reglamento Interno de los Servidores Civiles “Reglamento N° 001-2016-SERNANP-SG-OA”
2. Tengo conocimiento del contenido y lo allí estipulado del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento y del Reglamento Interno de los Servidores Civiles.
3. Me comprometo a cumplir los principios, deberes y prohibiciones éticos que se establecen en el presente Código de Ética de la Función Pública como también el Reglamento Interno de los Servidores Civiles.

Declaro bajo juramento que tengo pleno conocimiento de las disposiciones establecidas en la Ley N° 27815 “Ley del Código de Ética de la Función Pública” y el Decreto Supremo N° 033-2005-PCM “Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública” así como el Reglamento Interno de los Servidores Civiles “Reglamento N° 001-2016-SERNANP-SG-OA”, donde declaran los principios, deberes y prohibiciones, asumiendo el compromiso de cumplir estrictamente el citado reglamento, bajo responsabilidad.

Lima,dede 202.....

.....
Firma



DECLARACION JURADA DE INCOMPATIBILIDADES

Conste por el presente documento, la Declaración Jurada de Incompatibilidad, que formulo:

Yo,con DNI N°, estado civil..... y con domicilio real en....., en aplicación de la Ley N° 27588 y su Reglamento el D.S. N° 019-2002-PCM:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No me encuentro incurso dentro de los impedimentos previstos en la Ley N° 27588 “Ley de prohibiciones e incompatibilidades de funciones y servidores públicos, así como de las personas que prestan servicios al Estado, bajo cualquier modalidad”.

Lima,.....de.....de 202...

.....

Firma

DECLARACIÓN JURADA

Yo,..... con DNI. N°..... Estado civil..... y con domicilio.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No registro antecedentes Penales, Judiciales y Policiales para tal efecto, autorizo a la entidad, a fin de que pueda solicitarlo indistintamente de creerlo conveniente, a mi costo.

Lima,.....de.....de 202...

.....

Firma



NO ENCONTRARSE INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDERECEI)

Yo,, identificado (a) con DNI N°, con domicilio en, declaro no encontrarme inscrito en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles (REDERECEI) y, por lo tanto, de no contar con ninguno de los impedimentos establecidos en el artículo 5 de la Ley N° 303531 (Ley que crea el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles- REDERECEI) para acceder al ejercicio de la función pública y contratar con el Estado.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411 del Código Penal, concordante con el artículo 33 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por el Decreto Supremo N° 006-2017-JUS.

En mérito a lo expresado, firmo el presente documento.

Lima,.....de.....de 202...

.....
Firma
DNI N°.....

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSDD

Yo identificado (a) con DNI N°, con domicilio en, declaro bajo juramento no tener inhabilitación ni suspensión vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSDD.

Lima,.....de.....de 202...

.....
Firma
DNI N°.....



DECLARACION JURADA DE AUTORIZACION DE NOTIFICACION VIA CORREO

Yo:

Con domicilio en:

Identificado con DNI N°:

Con Teléfono Fijo / Móvil:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

De conformidad con el numeral 20.4 del artículo 20 de la Ley del Procedimiento Administrativo General Ley N° 27444, autorizo expresamente a que se me notifique cualquier comunicación de la Entidad a través del correo electrónico (indicar correo electrónico):

_____@_____

(Indicar correo electrónico)

Lima,.....de.....de 202...

FORMATO DE ELECCIÓN DEL SISTEMA PENSIONARIO

(En caso no cuenten con ningún sistema pensionario)

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

Nombres: _____

Tipo de documento: DNI CE Pasaporte Otro

Número de documento: _____

Sexo: F M / Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Domicilio: Avenida Calle Jirón Otro _____

Distrito: _____

Provincia: _____

Departamento: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

DATOS DE LA EMPRESA EMPLEADORA

(si no conoces esta información, tu empleador la completará por ti)

Nombre o Razón social: _____

Departamento: _____

RUC: _____

DATOS DEL VÍNCULO LABORAL

Fecha de inicio de relación laboral: _____ / _____ / _____

Elección del sistema pensionario:

Sistema Privado de Pensiones (AFP)

Sistema Nacional de Pensiones (ONP)

Yo, _____ con documento de identidad N° _____, mediante este documento autorizo el envío mensual de mi Estado de Cuenta por correo electrónico, de acuerdo al artículo 103° de la Resolución 080-98-SAFP, desde la fecha de suscripción del presente.

Importante: Si el trabajador no hubiese manifestado su voluntad de afiliarse a un sistema pensionario, el artículo 16° de la Ley N°28991 establece que el empleador lo deberá afiliar a la AFP ganadora de la licitación: AFP Integra.

De acuerdo a las medidas de simplificación y eficiencia administrativa, aceptas de manera expresa el envío de notificaciones e información por correo electrónico a la dirección de correo electrónico que constará en tu contrato de afiliación o que posteriormente actualices a través de nuestros canales correspondientes. Las notificaciones por correo electrónico e información que te enviemos corresponden al trámite de carácter pensionario y no pensionario que realices con AFP Integra.

Autorizo incorporar mis datos personales en la base de datos de AFP Integra

Ciudad de _____, _____ de _____ 20__.

Firma del trabajador

**SERVICIO NACIONAL DE AREAS NATURALES PROTEGIDAS POR EL ESTADO
SERNANP**

DECLARACIÓN JURADA DE COMORBILIDADES EN EL CONTEXTO COVID - 19

Considerando la actual pandemia debido al virus COVID-19 y que las personas más vulnerables podrían ser los mayores de 65 años y quienes presentan comorbilidades, se le solicitará llenar la presente declaración jurada con la finalidad de poder brindar las recomendaciones necesarias, orientadas a preservar su estado de salud.

Apellidos y Nombre:			
Fecha de Nacimiento:		Edad (Años):	
DNI N°:			
Domicilio:			
Distrito:		Provincia:	
Departamento:			
Cargo:			
Dependencia (Oficina/Dirección/ANP/UO):			

Antecedentes médicos de importancia		Sí	No
1	Hipertensión arterial no controlada		
2	Enfermedades cardiovasculares graves		
3	Cáncer		
4	Diabetes Mellitus		
5	Obesidad con IMC >40		
6	Asma moderada o grave		
7	Enfermedad pulmonar crónica		
8	Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis		
9	Enfermedad o tratamiento o inmunosupresor		
10	Otra condición (especifique):		

En todos los casos que marque "sí", el suscrito deberá presentar a la entidad el informe médico respectivo que incluya el diagnóstico, el tratamiento y controles que debe recibir.

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados en este documento son verdaderos, estando sujeto/a a cualquier control que efectúe la entidad para su verificación; sometiéndome a las responsabilidades que acarrea declaración falsa o parcial, asumiendo responsabilidad por ello.

Los datos consignados en la presente declaración jurada son de uso exclusivo de la UOF de Recursos Humanos, encontrándose su tratamiento se encuentra bajo los alcances de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. Se encuentra prohibido el uso distinto para el que fue proporcionado.

Fecha: _____

Firma y DNI trabajador	Huella digital
Nombre: _____	