Yo, ${persona.nombreCompleto} con Cedula de Identidad N.º ${persona.ci} Expedida en ${persona.exp}en mi calidad de postulante al Servicio de Impuestos Nacionales, efectúo la siguiente Declaración Jurada, dando respuesta a las siguientes preguntas:

**DISCAPACIDAD**

1. Cuenta usted con una discapacidad de naturaleza física o mental/cognitiva:

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_

1. Si la respuesta es SI. Cuenta usted con una Certificación Legal del grado de discapacidad:

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

1. Tiene usted bajo su dependencia una persona con discapacidad física o mental/cognitiva:

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_

1. Si la respuesta es SI. Esa persona dependiente de usted, tiene una Certificación Legal del grado de discapacidad:

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**CONDICIÓN DE MADRE O PROGENITOR**

1. Es usted Madre, Padre o Tutor de un infante menor de un año (1) de vida;

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_

**INCOMPATIBILIDAD POR PARENTESCO**

1. Usted cuenta con vinculación matrimonial o grado de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad y segundo de afinidad conforme a computo civil, con otras servidoras y servidores públicos del SIN.

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_

**DOBLE PERCEPCIÓN**

1. ¿Usted recibe pago mensual por renta de jubilación?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_

Si la respuesta es SI, deberá tramitar con nota dirigida al Sistema Nacional de Reparto (SENASIR) la suspensión temporal de la renta hasta los primeros 10 días del mes en curso después de su incorporación.

**JURO LA EXACTITUD DE LA PRESENTE DECLARACIÓN, FIRMANDO AL PIE DEL PRESENTE DOCUMENTO.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ${ubicacion}, ${fechaIncorporacion} | ${persona.ci} ${persona.exp} | ${persona.nombreCompleto} |  |
| LUGAR Y FECHA | CEDULA DE IDENTIDAD | ACLARACIÓN DE FIRMA | FIRMA |

c.c. Arch.