

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Dpto. de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con el tipo de documento de identificación \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ manifiesto libre y voluntariamente que:

1. La(s) persona(s) relacionada(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica:

Nombres y apellidos completos	Tipo y No. De documento de identificación	Parentesco

2. Declaro que el señor(a) \_\_\_\_\_ identificado(a) con el tipo de documento de identificación \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace \_\_\_\_\_ años.

3. Declaro que mi(s) padre (madre)(s), relacionada(s) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni están(n) afiliado(a) (s) a otra Caja de Compensación Familiar.

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

_____ Firma del declarante	Espacio reservado para Caja de Compensación
Doc. Identidad	
De	