



DECLARACIÓN JURADA DEL SEGURO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Yo, _____, con documento de identidad _____ y N° _____, en representación de mi pupilo(a) con nombre _____ con documento de identidad _____ y N° _____, declaro bajo juramento que, autorizo e informo a la IEP HERMANAS BARCIA BONIFFATTI con razón social Corporación Boniffatti SAC, Ruc 20601593026 y domicilio en Av. Pinto 1846, de lo siguiente:

1. Conozco, que la INSTITUCION EDUCATIVA no tiene convenio con ninguna clínica, hospital u otros análogos para la contratación de los seguros de salud de mi pupilo(a), por lo que, no he sido informado de NINGÚN programa de protección de salud.
2. Informo, que soy el único responsable de la protección de salud de mi pupilo(a), por lo que, pongo de conocimiento de la INSTITUCION EDUCATIVA, el seguro de protección de salud y el establecimiento donde deberá ser derivado mi pupilo(a) en caso de emergencia:

Nombre del establecimiento: _____

Dirección: _____

Referencia: _____

Tipo de seguro: SIS ESSALUD EPS OTRO

Especificar OTRO: _____

3. Acepto, que soy el único responsable en mantener activo el seguro de protección de salud de mi pupilo(a), por lo que, los gastos derivados en caso de desprotección ante una emergencia son de mi responsabilidad.
4. Conozco, que en caso de emergencia la INSTITUCION EDUCATIVA activará su protocolo de contingencias administrativas, referido al procedimiento de emergencia por accidentes.

FIRMA

NOMBRE Y APELLIDO



HUELLA