

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI C.E. OTRO (Especificar) _____ NÚMERO

PROCEDIMIENTO DE: INSCRIPCIÓN BAJA POR DESAFILIACIÓN MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN)
(SOLO PARA DERECHOHABIENTES) BAJA POR DEFUNCIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI C.E. OTRO (Especificar) _____ NÚMERO

RELACIÓN CON EL TITULAR:

Cónyuge Concubino(a) Hijo menor de edad Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo Madre gestante de hijo extramatrimonial

PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL:

(PARA TITULARES Y DERECHOHABIENTES)

Nueva dirección: _____ Periodo: Desde: DD / MM /AAAA
Hasta: DD / MM /AAAA

Departamento Provincia Distrito

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI C.E. OTRO (Especificar) _____ NÚMERO

RELACIÓN CON EL TITULAR:

Cónyuge Concubino(a) Hijo menor de edad Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo Madre gestante de hijo extramatrimonial

DECLARACION JURADA

El (los) firmante (s) declara (n) bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado (a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar.

Igualmente, autoriza (n) que las notificaciones de actos administrativos, se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario.

SI NO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD NÚMERO
 DNI C.E. OTRO (Especificar) _____

Titular Cónyuge Concubino (a) Padre/Madre no asegurado Tutor Curador

Teléfono Fijo o Celular Correo electrónico Firma del Declarante

Firma y Sello del Representante Legal de la Entidad Empleadora
(Sólo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos laborales)

Firma y Sello de EsSalud



REQUISITOS PARA EL TRÁMITE

- **ADJUNTAR, FIRMAR y PRESENTAR** en la Oficina de Bienestar de Personal del Hospital Regional Lambayeque según el trámite a solicitar lo siguiente:

ACREDITACION DEL TRABAJADOR.

- ✓ COPIA DNI
- ✓ 3 ULTIMAS BOLETAS DE PAGO

INSCRIPCION DE HIJOS.

- ✓ COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO
- ✓ COPIA DEL DNI HIJO(A)
- ✓ COPIA DEL DNI TRABAJADOR

INSCRIPCION DE CONYUGUE.

- ✓ ORIGINAL DEL ACTA DE MATRIMONIO(no mayor a 02 meses de haber sido expedido por RENIEC)
- ✓ COPIA DEL DNI CONYUGUE
- ✓ COPIA DEL DNI TRABAJADOR

CAMBIO DE DOMICILIO.

- ✓ COPIA DEL DNI TRABAJADOR
- ✓ 03 ULTIMA BOLETAS
- ✓ RECIBO DE SERVICIOS (AGUA O LUZ)



Hospital Regional
LAMBAYEQUE

Tu salud, nuestra razón de ser.

BIENESTAR DE PERSONAL