DECLARACIÓN JURADA
INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS

Yo, , portador(a) de la cédula de identidad N.° , en pleno uso de mis facultades y bajo fe de juramento, consciente de las sanciones establecidas por falso testimonio y perjurio, declaro lo siguiente:

Autorizo que mis familiares desde el primer grado de consanguinidad, es decir, padres e hijos; el segundo grado, que corresponde a abuelos, nietos y hermanos; el tercer grado, donde se encuentran bisabuelos, bisnietos, tíos y sobrinos; y finalmente el cuarto grado de consanguinidad, que incluye a los primos hermanos.

AFINIDAD:

Primer grado de afinidad: suegros, yernos, nueras, cuñados y cóyuge; **Segundo grado de afinidad:** abuelos, hermanos y nietos del cónyuge y **Tercer grado de afinidad:** tíos y sobrinos del cónyuge, puedan recibir atención en la Clínica de Especialidades Médicas FBS-SITUN-UNA.

Lo anterior conforme a lo dispuesto en las **Leyes N.° 7673 y N.° 9138**, que otorgan personería jurídica al Fondo de Beneficio Social de los Trabajadores de la Universidad Nacional, así como al Acuerdo **FBS-JD-ACUE-179-2025**, que amplía el acceso a los servicios médicos especializados bajo tarifas diferenciadas y controles institucionales.

En fe de lo cual, firmo la presente en , a los días del mes de del año .

Cédula	Vencimiento Cédula	Nombre completo del beneficiario	F. Nacimiento	Celular:	Correo electrónico:	Parentesco	Género

FIRMA

CÉDULA