|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FOTO** |  |
| **DEPARTAMENTO DE ARCHIVO Y REGISTRO****Declaración Jurada de Aceptación de Obligaciones** |
| 1. DATOS PERSONALES |
| Primer Apellido Segundo Apellido NombreConocido como: | Cédula Identidad | Carné |
| Género( ) Femenino ( ) Masculino | **Fecha de Nacimiento** | Nacionalidad |
| Día | Mes | Año |
| Teléfono Hab: | Celular: | Correo electrónico: | Teléfono familiar cercano: | Nombre de Familiar: |
| **Dirección de la habitación:** | Provincia | Cantón | Distrito |
| Barrio o Urbanización (Dirección Exacta): |
| **Universidad de Procedencia:** | **Sede:** | **Año de Graduación:** |
| **Fecha de Incorporación:** |
| 2. DATOS LABORALES |
| **Nombre del lugar de trabajo:** |
| Teléfono Trab: | Fax Trab: | Correo electrónico: |
| **Dirección lugar de trabajo:** | Provincia | Cantón | Distrito |
| Barrio o Urbanización (Dirección Exacta): |
| Puesto que desempeña: | Fecha de Inicio: | Nombre completo de Jefe Directo: |
| **No laboro para ninguna institución o patrono ( ) Motivo:** |
| **Domicilio legal vigente:**Marque con (X) ( ) mismo de la habitación ( ) mismo del lugar de trabajo ( ) Otro (indique dirección exacta)*Dirección exacta: (solo si marcó otro)* |
| *Solo si marcó otro, Indique***:** Provincia: Cantón: Distrito:Barrio o Urbanización (Dirección Exacta): |
| **MEDIO PARA ATENDER NOTIFICACIONES** correo electrónico: De no aportar un medio para notificar, en el momento de presentar los documentos, se le otorga el plazo de diez días hábiles para que aporte un medio de notificación, bajo el apercibimiento de que, en caso contrario, se aplicará la notificación automática bajo responsabilidad expresa del colegiado.**FIRMA**: **CÉDULA**:  |
| **Declaro bajo fe de juramento que toda la información suministrada para la presente colegiatura es auténtica. Asimismo, juro cumplir fielmente y bajo los más altos parámetros de la ética profesional los deberes y limitaciones que me imponen toda la normativa vigente, sea Leyes y Reglamentos que giran en torno a mi profesión; de igual forma las atribuciones, y facultades, serán ejercidas con los mismos parámetros éticos que exige mi profesión****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****FIRMA OFICIALMENTE****REGISTRADA** |
| **OBSERVACIONES** |
|  |
|  |