

PLANILLA DE INCLUSIÓN
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA

DIRECCIÓN DE ASISTENCIA Y SALUD (D.A.S)

INSTITUCIÓN:

Tipo de movimiento: Inclusión ☐ Exclusión: ☐ Modificación: ☐

[illegible]

Yo, declaro que la información proporcionada en esta planilla es veraz, completa y precisa. Entiendo que la exactitud de los datos suministrados es fundamental para que yo y mis beneficiarios gocemos del servicio del seguro suministrado por el MPPEU.

Asimismo, reconozco que soy el único responsable de la veracidad y exactitud de la información proporcionada. En consecuencia, asumo plena responsabilidad por cualquier omisión o error en la información suministrada, y entiendo que cualquier declaración falsa, incompleta o inexacta podría resultar en la anulación del servicio.

Firma del trabajador

Firma de aceptación RRHH