



DECLARACIÓN DE CONVIVENCIA.

Me doy por entendido sobre las penas con las que la legislación de Costa Rica castiga los delitos de perjurio y de falso testimonio, por tanto, bajo fe de juramento realizo la presente declaración para el estudio del beneficio de inclusión como dependiente en la póliza de gastos médicos de la empresa.

Yo _____ (*Nombre completo del colaborador*), portador(a) de la identificación número, _____, mayor de edad, con estado civil _____, vecino(a) de la provincia, _____, cantón, _____ otras señas,

_____, he convivido con _____ (*Nombre Completo*), portador(a) de la identificación número, _____, mayor de edad, con estado civil _____, siendo nuestra unión de hecho desde el mes _____ del año _____ hasta el día de hoy, siendo una relación pública y estable de conformidad con lo establecido en el artículo doscientos cuarenta y dos del Código de Familia de Costa Rica.

Firmo aceptando que todo lo escrito anteriormente es información veraz y a la vez otorgo consentimiento al departamento de recursos humanos de la empresa o a los que ellos designen en caso de necesidad de tener que validar la misma.

Firma y número de identidad
Del colaborador de la empresa

Fecha de emisión

