

SOLICITA: OTORGAMIENTO DEL BENEFICIO Y/O DEVOLUCIÓN DE APORTACIONES DEL FOSERSOE PNP CONFORME A LO DISPUESTO POR EL D.S. N° 18-2014-DE DEL 31DIC2014 Y AL CALENDARIO DE PAGOS APROBRADO.

SEÑOR COMANDANTE PNP, JEFE DEL DEPARTAMENTO FONDO DE SEGURO DE RETIRO DE SUBOFICIALES Y ESPECIALISTAS DE LA PNP:

Yo, _____
en situación de _____, identificado (a) con CIP N° _____ y DNI N° _____, domiciliado (a) en _____

con teléfono fijo N° _____ y celular N° _____

Que, al amparo de los dispuesto en el Decreto Supremo N° 018-2014-DE del 31 de diciembre del 2014 y al calendario de pagos aprobado, solicito tenga a bien disponer a quien corresponda el pago del beneficio o devolución de aportaciones del Fondo de Seguro de Retiro de Suboficiales y Especialistas de la PNP – FOSERSOE PNP, para lo cual acompaño los requisitos exigidos.

Por lo expuesto, pido a usted acceder a mi solicitud conforme a la normativa vigente.

Lima, _____ de _____ del 201__

Adjunta:

1. Fotocopia simple del DNI
2. Declaración jurada simple
3. Constancia de no adeudar al FOVIPOL

NOTA: Declaro y acepto estar enterado de todos los alcances del Decreto Supremo N° 018-2014-DE de fecha 31 de diciembre del 2014 y del calendario de pago vigente.



HUELLA DIGITAL
(índice derecho)

FIRMA: _____

POST FIRMA: _____

CIP N° _____ DNI N° _____