

## DetECCIÓN Prueba Covid-19 Declaración Jurada

Por medio de la presente **yo** \_\_\_\_\_  
**documento de identidad** \_\_\_\_\_, miembro del CFIA  
con el **número de carné** \_\_\_\_\_, con el propósito de solicitar dentro del Beneficio  
Subsidio Plan Salud de Mutuality CFIA, el reintegro de pago de la prueba Covid-19;  
haciendo constar que soy conocedor(a) de las penas con las que la ley penal costarricense  
castiga el delito de perjurio tipificado en el artículo 318 del Código Penal, declaro bajo la  
Fe de Juramento lo siguiente:

- a)** Nombre de empresa para la cual laboro: \_\_\_\_\_.
- b)** Motivo de salida del país: \_\_\_\_\_.
- c)** País de Visita: \_\_\_\_\_.
- d)** Fecha de Salida: \_\_\_\_\_.
- e)** Fecha de Regreso: \_\_\_\_\_.

Así mismo, declaro bajo la fe de juramento que la razón por la cual vengo a solicitar  
el reintegro de pago de la prueba Covid-19, dentro del Beneficio Subsidio Plan Salud  
de Mutuality CFIA, obedece a que la empresa para la cual laboro o presto mis  
servicios profesionales ni ninguna otra instancia, realizará el reembolso del monto de la  
detección prueba Covid-19 para mi salida del país, misma que como he declarado  
bajo fe de juramento estoy realizando por motivos laborales.

Firma

