

**AUTORIZACION DE DESCUENTO A TRAVES DE  
LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL**

Yo, \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_ FAP \_\_\_\_\_ identificado con N.S.A. \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_ C.E. \_\_\_\_\_ Domiciliado en \_\_\_\_\_

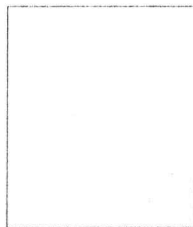
Distrito \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**AUTORIZO** a la Dirección de Bienestar (DIBIE), a efectuar descuentos sobre la pensión mensual que percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial, por concepto de:

67-00 CENTROS DE ENTRENAMIENTO.

Declaro además tener conocimiento que la Caja de Pensiones Militar Policial podrá gravar hasta un 30% de mi pensión por concepto del descuento autorizado y que la **Dirección de Bienestar (DIBIE)**, es el único responsable del monto del descuento enviado y efectuado por la Caja de Pensiones Militar Policial sobre mi pensión; por lo que cualquier reclamo o consulta la realizare ante la **Dirección de Bienestar de la Fuerza Aérea del Perú**.

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_



Huella Digital

\_\_\_\_\_

FIRMA

**NOTA:** LA FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO DEBERÁ SER LEGALIZADO NOTARIALMENTE.