



**DECLARACIÓN JURADA DE AFILIACIÓN DE FAMILIARES/ADHERENTES A OBRA SOCIAL Y/O SINDICATO**

Núm. de Titular: ..... Apellido y Nombres: .....

Fecha de Nacimiento: ..... Sexo: ..... Tipo Doc.: ..... N°: .....

CUIL: ..... Estado Civil: ..... Fecha Alta Obra Social: .....

Nacionalidad: ..... P. M. I.: ..... F. Prob. Parto: .....

Incapacitado: ..... Parentesco: .....

Estudia: ..... Nivel Estudios: ..... Fecha Certific.: .....

Lugar y Fecha: .....

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Aclaración de Firma

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos, de acuerdo a mi leal entender, comprometiéndome a informar de inmediato a la Obra Social y al Sindicato cualquier cambio o modificación de los mismos.