

INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DE OBRA SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD

FICHA DECLARACIÓN JURADA PARA **HIJOS MAYORES DE 21 AÑOS CON DISCAPACIDAD A CARGO DEL TITULAR**

DATOS DEL TITULAR:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI/LC/LE/CI N°.....CUIL.....

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:N°.....PISO.....DPTO.....

COD.POSTAL:LOCALIDAD:PROVINCIA.....

TELÉFONO: CARACT.:FIJO:CELULAR:

DATOS DE VOLUNTARIA/O:

Foto 3x3
Fondo Blanco

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI/LC/LE/CI N°.....CUIL.....

APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: PARENTESCO:

DOMICILIO:N°.....PISO.....DPTO.....

COD.POSTAL:LOCALIDAD:PROVINCIA.....

◆EL AFILIADO TITULAR MANIFIESTA EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA QUE EL/LA AFILIADO/A SE ENCUENTRA A SU EXCLUSIVO CARGO, NO POSEE BENEFICIO DE OTRA OBRA SOCIAL, NO PERCIBE JUBILACIÓN Y/O PENSIÓN CONTRIBUTIVA, NO REALIZA NINGÚN TIPO DE TAREAS REMUNERADAS, NO POSEE BIENES PATRIMONIALES QUE DEVENGAN RENTAS, ALQUILERES, INTERESES, ETC. (EN TODOS LOS CASOS EL BENEFICIARIO DEBE SER SOLTERO)

◆SE COMPROMETE EN ESTE ACTO A NOTIFICAR TODA MODIFICACIÓN QUE SE PRODUZCA EN LAS CONDICIONES AFILIATORIAS ANTES DECLARADAS RESPECTO AL BENEFICIARIO, COMO ASÍ TAMBIÉN A RENOVAR ANUALMENTE ANTES DEL 31 DE MAYO DICHA AFILIACIÓN, CON LA PRESENTACIÓN DE ORIGINAL DE NEGATIVA DE ANSES CORRESPONDIENTE Y CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.

.....
Firma del Titular

.....
Firma y Sello de Autoridad Judicial
o Escribano Público

Nota: La incorporación del beneficiario voluntario solicitado, queda sujeta a las condiciones que rige la Reglamentación vigente de la Obra Social.