

**DIRECCIÓN DE AYUDA SOCIAL  
PARA EL PERSONAL DEL CONGRESO DE LA NACIÓN**

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE HIJO/A - HIJASTRO/A - HERMANO/A - GUARDA - TUTELA

**MENORES / ESTUDIANTES**

**Declaración Jurada**

C.A.B.A.....de..... de 20.....

Apellido y nombre:.....

DNI N°..... CUIL N°.....

Fecha de nacimiento: Día..... Mes..... Año..... Lugar.....

Acta de nacimiento N°..... Tomo..... Fecha.....

Domicilio: Calle..... N°..... Piso..... Depto.....

Localidad: .....CP:.....

Sufre algún tipo de incapacidad: SI/NO, características: .....

Estudia: SI/NO. Establecimiento: ..... Grado o año que cursa: .....

Condición (regular, libre, etc.): .....

Certificado que agrego: .....

Trabaja: SI/NO. En: ..... Remuneración mensual \$.....

Tiene servicios sociales de afiliación obligatoria: SI/NO.....

*Los estudiantes secundarios y universitarios deberán presentar anualmente, antes del 30 de abril, el certificado de estudios que acredite su condición de alumno regular.*

Me comprometo a comunicar cualquier novedad que signifique una variación de los datos consignados, haciéndome cargo de todos los gastos que se originen a la DAS en caso de no acordarse la afiliación solicitada.

**USO INTERNO**

<input type="checkbox"/>	SIO
<input type="checkbox"/>	AF2
<input type="checkbox"/>	OMINT
<input type="checkbox"/>	DIG

.....  
Firma del afiliado titular

.....  
Aclaración de la firma