

DNI N°.....

Particip. N°.....

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

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE NIETO/A  
Res. C.A. 016/01

**DECLARACIÓN JURADA**

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

Apellido y Nombre del Nieto/a.....

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: sí/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: sí/no.....

Datos de los padres del Nieto/a:

Hijo/a de:.....Cuil N°.....

Hijo/a de:.....Cuil N°.....

*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.*

Me notifico de lo dispuesto por la RES. C.A. N° 014/04 de la Comisión Administradora de la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación:

**ARTICULO 2°.-** El afiliado titular, una vez que solicite la baja de su nieto/a, no podrá solicitar su reafiliación.

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