

DIRECCIÓN DE AYUDA SOCIAL
PARA EL PERSONAL DEL CONGRESO DE LA NACIÓN
SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE CONVIVIENTE.

Declaración jurada

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

Afiliado Titular:

Afiliación de:.....

Vínculo:

CUIL:D.N.I. N°:

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

Domicilio: Calle:N°:Piso:Depto.:

Localidad:Tel. N°:.....

Tiempo de convivencia:

Posee Obra Social de carácter obligatorio: **SI/NO** (Tachar lo que no corresponda).....

Ocupación:

Para ser llenado en caso de solicitarse la afiliación de conviviente varón

Actividad en relación de dependencia:

Entidad en que presta servicios:

Cargo: Remuneración: \$.....

Actividad de carácter autónomo:

Actividad: Remuneración: \$.....

Declaro bajo juramento que los datos consignados son correctos y que se ajustan estrictamente a la verdad, manifiesto conocer las penalidades que la Ley N° 15.414 establece para aquellos casos en los que se empleare dolo para la obtención de algún beneficio social. Sin perjuicio de las responsabilidades civiles y/o penales a que hubiere lugar en la oportunidad que se estime conveniente, y sin previo aviso, la D.A.S. podrá arbitrar las medidas que estime conducentes para verificar la veracidad de los datos consignados.

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