

DNI N° .....

Particip. N° .....

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

**SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE CONYUGE**

**DECLARACIÓN JURADA**

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

Apellido y Nombres: .....

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

D.N.I.:.....CUIL.....

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

Acta de Matrimonio N°: ..... Tomo: ..... Fecha: .....

**SITUACION LABORAL:**

Entidad en la que presta servicios:.....

Cargo que desempeña:..... Remuneración mensual: \$.....

Actividad de carácter autónomo que ejerce:.....Ingreso mensual: \$.....

Obra Social de afiliación obligatoria: .....

**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