

DNI N°.....

Particip. N°

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

**SOLICITUD PARA AFILIACION DE HIJO/A HIJASTRO/A
HIJOS/AS MAYORES DE 25 A 32 AÑOS
RES. C.A. 011/01**

Declaración Jurada

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

Apellido y nombres:.....
 Vínculo.....
 DNI N°.....CUIL N°.....
 Fecha de nacimiento: Día.....Mes.....Año.....Lugar.....
 Acta de nacimiento: N°.....Tomo.....Fecha.....
 Estado civil:

Domicilio: Calle.....N°.....Piso.....Dto.....
 Localidad:.....CP:.....

Estudios cursados:

Profesión u oficio:

Desarrolla algún tipo de actividad rentada: SI/NO

Posee servicios sociales de afiliación obligatoria: SI/NO

Percibe alguna asignación o beneficio previsional: SI/NO. Carácter:

OBSERVACIONES:.....

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