

**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"/>	MOVI
<input type="checkbox"/>	AF2
<input type="checkbox"/>	OMINT
<input type="checkbox"/>	DIG

.....
Firma del afiliado titular

.....
Aclaración de la firma