



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

|  |       |
|--|-------|
|  | MOVI  |
|  | AF2   |
|  | OMINT |
|  | DIG   |

.....  
Firma del afiliado titular

.....  
Aclaración de la firma