

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. Nº:

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

Domicilio: Calle:Nº: Piso:Depto.:

Localidad:Tel. Nº:.....

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 Nº 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

	MOVI
	AF2
	OMINT
	DIG

.....
Firma del afiliado titular

.....
Aclaración de la firma