

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.....Nº..... 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

	MOVI
	AF2
	OMINT
	DIG

.....
Firma del afiliado titular

.....
Aclaración de la firma