DAS
CONGRESO DE LA NACIÓN

DNI Afiliado ______________________

Particip. N° ______________________

SOLICITUD PARA AFILIACION DE PADRE-MADRE

Declaración Jurada

C.A.B.A.……..de………………………………. de 20……

Afiliación de:………………………………………………………………………………….……..............

Vínculo…………………………………………………………………………………………..…..……….

CUIL Nº………………………………………………………………DNI Nº……………….……….....

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

Acta de nacimiento del titular: Nº……………Tomo………..…………Fecha……………….………

Domicilio: Calle……………………………......…Nº………………….Piso N°……………Dto ……..……

Localidad:……………………… CP: ……………TEL N°…………………………….……………..

Si no vive con el afiliado, declarar motivo:…………………………………….……………………....

Es propietario: SI/NO (Tachar lo que no corresponda)

Ocupación: ………………………………………………………….Haber: $……………..........…….

Percibe beneficio previsional*: SI/NO (Tachar lo que no corresponda) Haber: $……………..…

Apellido y nombre del cónyuge: .... Vive: SI/NO

Apellido y nombre de los hijos de la persona declarada a cargo, especificando en cada caso:

Apellido y nombre	Fecha de nacimiento	Trabajo	Sueldo	Tiene Serv. Social	Observaciones

***Cuando se declare que el beneficiario no percibe beneficio previsional, la DAS verificará tal circunstancia por ante las Instituciones Nacionales y Provinciales pertinentes.**

Si se acreditare un falseamiento en lo declarado, se dispondrá la inmediata baja de la afiliación otorgada, con cargo al titular de los gastos ocasionados. Haciéndose pasible de las sanciones establecidas en el art. 23 de la ley 15.414 (causas de exclusión), y de las acciones civiles y/o criminales a que hubiere lugar.

Me comprometo a comunicar cualquier novedad que hiciere cambiar la situación de dependencia de mi MADRE/PADRE con el suscripto, haciéndome cargo de todos los gastos en que pudiere incurrir en caso de no acordarse su afiliación.

USO INTERNO

	MOVI
	AF2
	OMINT
	DIG

…………………..……….…….
Firma afiliado titular

………..
Aclaración firma