

DECLARACIÓN JURADA



DATOS DEL/LA TITULAR -sin abreviaturas-

Apellido/s y nombre/s										Sexo			
										M	F		
DNI - LE - LC			CUIL			Fecha de nacimiento			Nacionalidad				
Estado civil		Soltero/a »		Viudo/a »		Casado/a »		Conviviente »		Divorciado/a »			
Domicilio		Calle											
N°		Piso		Depto.		Barrio			Circ.		Torre	Manz.	C.P.
Localidad				Provincia				Teléfono					
Correo electrónico personal													

DATOS DE FAMILIARES A CARGO

*COD.	Apellido/s y nombre/s										Sexo	
											M	F
	DNI - LE - LC		CUIL		Fecha de nacimiento			Nacionalidad				
	Apellido/s y nombre/s										Sexo	
											M	F
	DNI - LE - LC		CUIL		Fecha de nacimiento			Nacionalidad				
	Apellido/s y nombre/s										Sexo	
											M	F
	DNI - LE - LC		CUIL		Fecha de nacimiento			Nacionalidad				
	Apellido/s y nombre/s										Sexo	
											M	F
	DNI - LE - LC		CUIL		Fecha de nacimiento			Nacionalidad				
	Apellido/s y nombre/s										Sexo	
											M	F
	DNI - LE - LC		CUIL		Fecha de nacimiento			Nacionalidad				

* CÓDIGO DE GRUPO FAMILIAR

- | | |
|--|---|
| <p>01 Cónyuge - esposo/a.</p> <p>02 Conviviente - concubino/a.</p> <p>03 Hijo/a soltero/a menor de 21 años.</p> <p>04 Hijo/a soltero/a de 21 a 25 años cursando estudios regulares.</p> <p>05 Hijo/a del/la cónyuge soltero/a menor de 21 años.</p> | <p>06 Hijo/a del/la cónyuge soltero/a de 21 a 25 años cursando estudios regulares.</p> <p>07 Menor bajo tutela o guarda.</p> <p>08 Familiar a cargo: padre, madre, hermano/a con discapacidad, nieto/a.</p> <p>09 Hijo/a mayor de 21 años con discapacidad.</p> |
|--|---|

DECLARACIÓN JURADA



DATOS DE LA ENTIDAD

Entidad empleadora - sin abreviaturas -				CUIT
Domicilio sede central		Calle		
N°	Piso	Depto.	Localidad	Provincia
Teléfono		Correo electrónico institucional		
Domicilio donde presta servicios		Calle		
N°	Piso	Depto.	Localidad	Provincia
Teléfono		Correo electrónico laboral		
Contrato laboral		Fecha de ingreso	Cargo	Sueldo bruto

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados, como así también que las personas que se declaran se encuentran bajo mi cargo, no cuentan con cobertura social alguna, ni perciben ingresos de ningún tipo. Asimismo, me comprometo a reintegrar los gastos que ocasionen las prestaciones brindadas en el caso de que se compruebe falsedad en los datos suministrados, y a notificar las modificaciones del grupo familiar a cargo (por ejemplo: fallecimiento, mayoría de edad, estudios, relación de dependencia, etc.) y la actualización de datos personales (por ejemplo: cambio de domicilio, información de contacto, etc.).

_____/_____/_____
Fecha

Firma y aclaración
del/la potencial beneficiario/a

