

DATOS DEL TITULAR

Apellido y Nombre:

D.N.I.:

Clase:

Beneficio:

Planilla N°:

Orden N°:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

DATOS DEL CÓNYUGE / CONVIVIENTE

Marque lo que corresponda:

Conyuge a cargo: ☐ Esposa ☐ Esposo ☐

Apellido y Nombre:

DNI:

Fecha Nacimiento:

DATOS HIJOS A CARGO RESIDENTES EN EL PAÍS

| Apellido y Nombre    | CUIL                                                          | Fecha Nacimiento     | ¿Cursa estudios actualmente? | ¿Tiene una incapacidad? |
|----------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|-------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text" value="-"/> <input type="text" value="-"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>    |
| <input type="text"/> | <input type="text" value="-"/> <input type="text" value="-"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>    |
| <input type="text"/> | <input type="text" value="-"/> <input type="text" value="-"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>    |
| <input type="text"/> | <input type="text" value="-"/> <input type="text" value="-"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>    |
| <input type="text"/> | <input type="text" value="-"/> <input type="text" value="-"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>    |
| <input type="text"/> | <input type="text" value="-"/> <input type="text" value="-"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>    |

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que las personas indicadas están exclusivamente a mi cargo quedando notificado que de incurrir en falsedad me haré pasible de la pena establecida en el Art. 293 del Cód. Penal.

Asimismo me comprometo para la oportunidad en que el Instituto lo requiera a presentar la documentación que avale esta declaración como así también a comunicar toda novedad que quiera modificar.

Firma del Beneficiario:

DNI:

Aclaración:

Lugar y Fecha: