

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"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE CONTACTO Y NOTIFICACIONES

Quien suscribe la presente solicitud, reconoce como válidas **todas** las notificaciones electrónicas efectuadas en los medios de contacto aquí proporcionados según lo establecido por Resolución 4047/2025.

Teléfono: _____ Teléfono 2: _____ Correo Electrónico: _____

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: _____