



INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DE OBRA SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD

FICHA DECLARACIÓN JURADA PARA **VOLUNTARIOS** A CARGO DEL TITULAR

DATOS DEL / LA TITULAR:

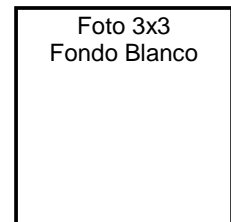
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI/LC/LE/CI N°.....CUIL.....

APELLIDO Y NOMBRES:.....

DOMICILIO:N°.....PISO.....DPTO.....

COD.POSTAL:LOCALIDAD:PROVINCIA.....

TELÉFONO: CARACT.:FIJO:CELULAR:



DATOS DE VOLUNTARIA/O:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI/LC/LE/CI N°.....CUIL.....

APELLIDO Y NOMBRES:

FECHA DE NACIMIENTO: PARENTESCO:

DOMICILIO:N°.....PISO.....DPTO.....

COD. POSTAL:LOCALIDAD:PROVINCIA.....

◆EL AFILIADO TITULAR MANIFIESTA EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA QUE EL / LA AFILIADO/A VOLUNTARIO/A SE ENCUENTRA A SU EXCLUSIVO CARGO, NO POSEE BENEFICIO DE OTRA OBRA SOCIAL, NO PERCIBE JUBILACIÓN Y/O PENSIÓN, NO REALIZA NINGÚN TIPO DE TAREAS REMUNERADAS, NO POSEE BIENES PATRIMONIALES QUE DEVENGAN RENTAS, ALQUILERES, INTERESES, ETC. (EN CASO DE VOLUNTARIOS DESCENDIENTES DEBEN SER SOLTERAS/OS).

◆SE COMPROMETE EN ESTE ACTO A NOTIFICAR TODA MODIFICACIÓN QUE SE PRODUZCA EN LAS CONDICIONES AFILIATORIAS ANTES DECLARADAS RESPECTO AL BENEFICIARIO VOLUNTARIO. TAMBIÉN A RENOVAR ANUALMENTE ANTES DEL 31 DE MAYO DICHA AFILIACIÓN, CON LA PRESENTACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN NEGATIVA DE ANSES (ORIGINAL) CORRESPONDIENTE Y CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR EXPEDIDO POR ESTABLECIMIENTO OFICIAL O INCORPORADO EN LOS CASOS QUE ASÍ SE REQUIERA.

.....
Firma del / la Titular

.....
Firma y Sello de Autoridad Judicial
o Escribano Público

Nota: La incorporación del beneficiario voluntario solicitado, queda sujeta a las condiciones que rige la Reglamentación vigente de la Obra Social.