

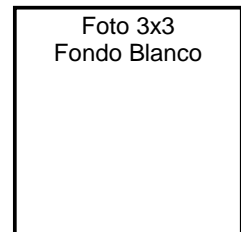


INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DE OBRA SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD

FICHA DECLARACIÓN JURADA PARA **HIJOS ESTUDIANTES** (de 21 a 25 años)
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 HIJA/O ESTUDIANTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI/LC/LE/CI N°.....CUIL.....
APELLIDO Y NOMBRES:.....
FECHA DE NACIMIENTO: PARENTESCO: HIJA/O ESTUDIANTE (de 21 a 25 años)
DOMICILIO:.....N°.....PISO.....DPTO.....
COD. POSTAL:LOCALIDAD:PROVINCIA.....

◆ EL AFILIADO TITULAR MANIFIESTA EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA QUE EL AFILIADO HIJA/O ESTUDIANTE SOLTERA/O 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.

◆ SE COMPROMETE EN ESTE ACTO A NOTIFICAR TODA MODIFICACIÓN QUE SE PRODUZCA EN LAS CONDICIONES AFILIATORIAS ANTES DECLARADAS RESPECTO AL BENEFICIARIO HIJA/O ESTUDIANTE. 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.

.....
Firma del / la Titular

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

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