

## **DOCUMENTACION PARA EMPADRONAMIENTO DE LA OBRA SOCIAL**

- 1.- Dos (2) fotos de 3 x 3 del titular.-
- 2.- Dos (2) fotos de 3 x 3 de cada integrante del grupo familiar mayor de 2 años.-
- 3.- Hijo mayor de 21 años presentar certificado de estudios de alumno regular.-
- 4.- Fotocopia de 1º y 2º hoja del documento del titular.-
- 5.- Fotocopia de 1º y 2º hoja del documento de cada integrante del grupo familiar.-
- 6.- Fotocopia de acta de matrimonio o libreta de casamiento.-
- 7.- Fotocopia de credencial profesional.-
- 8.- Fotocopia de recibo de sueldo (último).-
- 9.- Si el/la cónyuge trabaja, fotocopia de recibo de sueldo.-
- 10.- Certificado de aportes de la Empresa donde conste:
  - a) Fecha de ingreso.
  - b) Cargo que ocupa.
  - c) Que especifique que los aportes de la Ley 23.660 se depositan en D.G.I. a nombre de Obra Social de A.P.M. de Rosario Código 11850-7.
- 11.- Declaración jurada completa.-
- 12.- Fotocopia Partida de Nacimiento

**NOTA: No serán recibidas por la Obra Social las declaraciones juradas cuya papelería esté incompleta.-**



# OBRA SOCIAL AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA DE ROSARIO

INSCRIPTA EN ANSSAL CODIGO N° 1/1850 - LEY 23660/61

LAPRIDA 1063/69 - 1° PISO - TEL. (0341) 4495597 / 4400220 - 2000 ROSARIO

PLAN .....

CARNET N° .....

## DECLARACION JURADA

Apellido y Nombre ..... DNI N° .....

N° CUIL ..... Nacionalidad .....

Domicilio ..... Localidad ..... Tel. ....

Fecha nacimiento ..... Estado Civil ..... Fecha casamiento .....

Empleador .....

N° CUIT ..... Cargo ..... Fecha Ingreso .....

### PERSONAS A SU CARGO

#### CONYUGE

Apellido y Nombre ..... DNI N° .....

N° CUIL ..... Fecha nacimiento .....

Nacionalidad ..... Ocupación .....

#### HIJOS

<u>Nombres</u>	<u>C.U.I.L.</u>	<u>Fecha Nacimiento</u>	<u>Nacionalidad</u>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

#### OTROS BENEFICIARIOS LEY 23660 ART. 9°

<u>Apellido y nombre</u>	<u>C.U.I.L.</u>	<u>Fecha nac.</u>	<u>Nacionalidad</u>	<u>Parentesco</u>
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Me comprometo a comunicar en forma fehaciente a la Obra Social de Agentes de Propaganda Médica de Rosario, toda modificación, cese, variante o cambio de cualquier situación o vínculo familiar denunciado en el presente, todo ello sin perjuicio de cualquier averiguación que considere oportuna de realizar la Asociación, para lo cual desde ya comprometo toda mi colaboración. Asimismo, declaro bajo juramento que es de mi conocimiento todas y cada una de las penalidades de cualquier índole que sancionan la falsedad o la omisión en los datos o vínculos que en esta declaración se denuncian. Por ello, declaro bajo juramento que toda la información que se consigna en la presente es exacta, completa y se avala con comprobantes obrantes en mi poder a disposición de la Obra Social, prestando también conformidad que, en caso de falsedad, inexactitud u omisión, se me haga pasible de las acciones penales, civiles o de cualquier índole que pudieran corresponder y sin derecho a reclamo alguno.

Fecha .....

Firma .....