



DECLARACIÓN JURADA PARA AFILIACIÓN AL SERVICIO MÉDICO

• Titular:

Apellido y Nombre: Nro. Af:

Tipo y nº de Doc.: Est. Civil: Fec. Nac.: / /

Domicilio: Barrio:

Código Postal: Teléfonos: Localidad:

E- mail: Circunscripción:

Posee actualmente cobertura médica: NO SI

• Grupo familiar a cargo del afiliado (colocar en el parentesco):

PARENTESCOS

1 CONYUGE / CONVIVIENTE 2 HIJO/A 3 NIETO/A 4 HIJO/A POLÍTICO

5 PADRE / MADRE DEL TITULAR 6 HERMANO/A

Apellido y nombre:

Tipo y nº de doc.: Fecha de nacimiento:

Apellido y nombre:

Tipo y nº de doc.: Fecha de nacimiento:

Apellido y nombre:

Tipo y nº de doc.: Fecha de nacimiento:

Apellido y nombre:

Tipo y nº de doc.: Fecha de nacimiento:

Apellido y nombre:

Tipo y nº de doc.: Fecha de nacimiento:

Apellido y nombre:

Tipo y nº de doc.: Fecha de nacimiento:

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON AUTÉNTICOS, COMO ASÍ TAMBIÉN QUE LAS PERSONAS QUE SE DETALIAN UT SUPRA SE ENCUENTRAN BAJO MI EXCLUSIVO CARGO.-

Córdoba, de de -

Firma del Titular

