



**F1 - FORMULARIO DE AFILIACIÓN**  
SERVICIO DE SALUD SOLIDARIO

**DATOS DEL SOCIO TITULAR**

Nombre y apellido:

CUIL:

Fecha de nacimiento:

Estado civil:

N° de Afiliado a la Caja:

**DATOS DE CONTACTO**

Calle:

N°:

Piso:

Depto:

Provincia:

Localidad:

CP:

Celular:

Teléfono alternativo:

Correo electrónico:

**PERSONAS A CARGO**

*Apellido y nombre*

*Parentesco*

*CUIL*

*Nacimiento*


Manifiesto en carácter de Declaración Jurada que la información consignada ha sido completada sin omitir ni falsear dato alguno, quedando sujetos los infractores a las penalidades previstas en los Art. 172, 192 y 293 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Firma y aclaración del socio titular

\_\_\_\_\_