Gral. Lamadrid 136 Rafaela Sta. Fe- Tel.: 03492 422574- CUIT: 30-53236397-3
Email: soiva@soivarafaela.com.ar - https://soivarafaela.com.ar/

DECLARACIÓN DE GRUPO FAMILIAR PRIMARIO A CARGO

Delegación: …… Nº de Empresa: …… Nº Afiliado: ……..

Apellido y nombre del titular: ……

Dirección: …….. Localidad: ……

Provincia: …… CP: …… F. Nac. : ……

Tipo y Nº Doc.: …… Cuil: ……

Nacionalidad: …… Estado Civil: …… Sexo: ……

Fecha de Ingreso: …… Tel. Particular: ……..

Establecimiento: …… Cuit: ……

Calle: …… Nº: …… Piso: …… Dpto: ……..

Localidad: …… CP: …… Provincia: ……

GRUPO FAMILIAR A CARGO

Fam.	Exclus.	cuil	Nombre y apellido	Sexo	F. Nac.	Nac.
……	……		……	……	……	……
……	……		……	……	……	……
……	……		……	……	……	……
……	……		……	……	……	……
……	……		……	……	……	……
……	……		……	……	……	……
……	……		……	……	……	……
……	……		……	……	……	……
……	……		……	……	……	……
……	……		……	……	……	……
……	……		……	……	……	……

Manifiesto con carácter de **DECLARACIÓN JURADA** que los anteriores consignados eligen, **LA OBRA SOCIAL DE LA INDUSTRIA DEL VESTIDO** como **ENTE PRESTATARIO** y que los datos son ciertos y concretos comprometiéndome a notificar toda la modificación en forma fehaciente dentro de las 72 hs.

Referencias:

Estado Civil: 1 Soltero, 2 Casado, 3 Viudo, 4 Sep. Legal, 5 Sep. Hecho, 6 Divorciado, 7 Convivencia

Tipo de Doc.: CM Cert. Migratorio, DU Documento Único, LC L. Cívica, LE L. Enrolamiento, PA Pasaporte

Sexo: F Femenino, M Masculino

Parentesco: 1 Conyugue, 2 Concubino, 3 Hijo Soltero Mayor 21 años , 4 Hijo Soltero de 21 a 25 Cursando Estudios, 5 hijo del Conyugue menor de 21 , 6 Hijos del Conyugue soltero de 21 a 25 Est. Reg. , 7 menor en tutela, 8 Familiar a Cargo, 9 Mayor de 25 discapacitado.

.

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE TODA LA DOCUMENTACIÓN

---------- Del 20 ---------- ---------- ------- ----------

Firma del Titular