DATOS DEL TITULAR

LUGAR Y FECHA _____ ___ ___ ___

CERTIFICO QUE COMPARECE ANTE MI:

APELLIDO Y NOMBRE: _____

TIPO (1) Y N° DE DOCUMENTO: _____ _____

(1) 01: Libreta de enrolamiento / 02: Libreta Cívica / 03: DNI / 04 Cédula de Identidad / 05: Pasaporte / 06: Otros.

SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO

ESTADO CIVIL ☐ SOLTERO/A ☐ CASADO/A ☐ VIUDO/A ☐ SEPARADO/A ☐ CONVIVIENTE

FECHA DE NACIMIENTO ___ ___ ___
día mes año

BENEFICIOS QUE PERCIBE: ☐ GRATIFICACIÓN MENSUAL ☐ SEGURO DE ATENCIÓN MÉDICA

A LOS EFECTOS DE COMPROBAR SU EXISTENCIA.

DATOS DE CÓNYUGE O CONVIVIENTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____

TIPO (1) Y N° DE DOCUMENTO: _____ _____

(1) 01: Libreta de enrolamiento / 02: Libreta Cívica / 03: DNI / 04 Cédula de Identidad / 05: Pasaporte / 06: Otros.

BENEFICIOS QUE PERCIBE: ☐ GRATIFICACIÓN MENSUAL ☐ SEGURO DE ATENCIÓN MÉDICA ☐ NINGUNO

DATOS DEL DOMICILIO DEL TITULAR

CALLE _____ NÚMERO _____

BARRIO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TORRE _____ PISO _____ DEPARTAMENTO _____

LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____

TELÉFONO FIJO _____ CELULAR _____

DIRECCIÓN DE MAIL _____

_____
FIRMA O IMPRESIÓN DÍGITO PULGAR DEL BENEFICIARIO/A

_____
FIRMA Y SELLO DE AUTORIDAD COMPETENTE