



DECLARACION JURADA
Integrantes del Grupo Familiar
Para Atención Familiar

Nombre y Apellido: _____

Parentesco:	Nombre y Apellido:	Estado Civil:
Fecha de Nacim.: __/__/__	Lugar:	Nacionalidad:
D.U. N°:	CUIL N°:	Incapacidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Parentesco:	Nombre y Apellido:	Estado Civil:
Fecha de Nacim.: __/__/__	Lugar:	Nacionalidad:
D.U. N°:	CUIL N°:	Incapacidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Parentesco:	Nombre y Apellido:	Estado Civil:
Fecha de Nacim.: __/__/__	Lugar:	Nacionalidad:
D.U. N°:	CUIL N°:	Incapacidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Parentesco:	Nombre y Apellido:	Estado Civil:
Fecha de Nacim.: __/__/__	Lugar:	Nacionalidad:
D.U. N°:	CUIL N°:	Incapacidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Parentesco:	Nombre y Apellido:	Estado Civil:
Fecha de Nacim.: __/__/__	Lugar:	Nacionalidad:
D.U. N°:	CUIL N°:	Incapacidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Me comprometo a notificar cualquier modificación que surgiera de lo antes declarado

Lugar y Fecha

Firma del Declarante