Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Córdoba

Av. Hipólito Yrigoyen 490 - Córdoba - 5000 - cpcecba@cpcecba.org.ar - www.cpcecba.org.ar

DECLARACIÓN JURADA SERVICIOS ASISTENCIALES MÉDICOS – Art. 10°
Departamento de Servicios Sociales

Nº de matrícula: ___ /_____ / __

BENEFICIARIO DIRECTO

Apellidos y nombres	Nacimiento			Estado civil	Doc. identidad		Egreso universitario			Matriculación			Observaciones (2)
	D	M	A		Tipo	Número	D	M	A	D	M	A	

Domicilio	Piso	Dpto	Barrio - Localidad - Cod. Postal	Teléfono	Casamiento			Recibido (2)	Cuota (2)
					D	M	A		

BENEFICIARIOS OPTATIVOS (Art. 2º del Reglamento Interno)

(1)	Nº Orden (2)	Apellidos y nombres	Parentesco	Nacimiento			Estado civil	Doc. identidad		Sexo F/M	A cargo SI/NO	Ocupación y/o escolaridad	Incapa-citado SI/NO	Obra Social			Recursos propios SI/NO
				D	M	A		Tipo	Número					SI/NO	Oblig. SI/NO	Siglas	

Observaciones:

(1) Si es una DESAFILIACIÓN coloque 1
Si es una AFILIACIÓN coloque 4
Si MODIFICA datos DDJJ anterior coloque 9

(2) Para USO EXCLUSIVO DEL CPCE.DECLARO bajo juramento que los datos consignados precedentemente son exactos, obligándome a cumplir el Reglamento Interno del Departamento de Servicios Sociales, que manifiesto conocer; sometiéndome al mismo y a todas las resoluciones, normas y disposiciones que el H. Consejo Directivo de Administración ha establecido y establezca para los servicios asistenciales médicos.

"La recepción de la presente no implica la aceptación del solicitante como afiliado. La misma quedará sujeta a revisión y aprobación por parte del Directorio del Departamento de Servicios Sociales"

Quedo notificado fehacientemente de todo lo expuesto.

Lugar y fecha: _____ ___/___/___ Firma: _____