



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

N° 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. 2° del Reglamento Interno)

(1)	N° Orden (2)	Apellidos y nombres	Parentesco	Nacimiento			Estado civil	Doc. identidad										Sexo F/M	A cargo SI/NO	Ocupación y/o escolaridad	Incapacitado 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. Asimismo, tomo conocimiento de que la permanencia en la afiliación de los hijos, podrá extenderse hasta los 45 años.

"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: _____