

NO UTILICE LOS ESPACIOS SOMBREADOS	DELEGACIÓN	FECHA EMISIÓN			ALTA ☐
					MODIFICACIÓN ☐

TITULAR[illegible]

LOCALIDAD DE ATENCION MEDICA	C.C TRABAJO	C.U.I.T	SUC	RAZÓN SOCIAL	FECHA INGRESO		

HORARIO LABORAL DESDE	HORARIO LABORAL HASTA	CATEGORIA LABORAL	SUELDO MENSUAL

DOMICILIO DEL TITULAR

CALLE	NUMERO	PISO	DPTO.	CPO.	LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	PROVINCIA	TELEFONO
CORREO ELECTRONICO								

GRUPO FAMILIAR

[illegible]

MUY IMPORTANTE DOCUMENTACION BÁSICA PARA EL EMPADRONAMIENTO DEL TITULAR Y GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

1. ESTE FORMULARIO COMPLETO SEGÚN INSTRUCCIONES DEL DORSO. 2. ORIGINAL Y FOTOCOPIA DEL ÚLTIMO RECIBO DE SUELDO. 3. FOTOCOPIA DE LOS DNI TITULAR Y FAMILIARES 1ERA HOJA Y AQUELLA DONDE CONSTE EL ÚLTIMO DOMICILIO. 4. ORIGINAL Y FOTOCOPIAS DEL CERTIFICADO DE MATRIMONIO Y PARTIDAS DE NACIMIENTO DE LOS HIJOS.

EN CASO DE EMPADRONAMIENTO DE OTROS FAMILIARES CONSULTAR EN LA DEPENDENCIA DE ADOS MAS CERCANA

DECLARACIÓN JURADA EMPRESA

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE EL TITULAR DEL GRUPO FAMILIAR DECLARADO EN ESTE FORMULARIO, SE DESEMPEÑA A LA FECHA EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESTA EMPRESA.
INFORMO QUE AL MISMO SE LE HA REALIZADO EXAMEN MÉDICO PRE-OCUPACIOAL EN:

SITO EN:

CON FECHA COMPROBÁNDOSE QUE GOZA DE BUENA SALUD.

ME COMPROMETO COMO EMPLEADORA DE L TITULAR A REALIZAR LAS RETENCIONES Y LOS APORTES Y CORRESPONDIENTES ; CONFORME A LO DISPUESTO POR LA LEY 23660.

DOMICILIO REAL
.....

.....

FIRMA Y SELLO DEL EMPELADOR

CERTIFICACIÓN DE LA FIRMA DEL EMPLEADOR

.....

DECLARACIÓN JURADA DEL TITULAR

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS INTEGRANTES DE MI GRUPO FAMILIAR, INDICADO EN ESTE FORMULARIO, NO SON BENEFICIARIOS DE OBRA SOCIAL ALGUNA, NO PERCIBEN INGRESOS DE NINGÚN TIPO Y SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO DE SALUD ASIMISMO ME COMPROMETO A REINTEGRAR LOS GASTOS QUE OCASIONEN LAS PRESTACIONES BRINDADAS EN CASO DE QUE SE COMPRUEBE FALSEDAD EN LOS DATOS SUMINISTRADOS.

..... FIRMA DEL EMPLEADO

DELEGACIÓN

DECLARO HABER TENIDO A LA VISTA LAS PARTIDAS QUE PRUEBAN LOS PARENTESCOS, COMO ASI TAMBIÉN TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA EL EMPADRONAMIENTO.

..... FIRMA Y SELLO

Contactos:
Cristian Peizzie: cpeizzie@adoscomodoro.org.ar

DECLARO QUE EL BENEFICIARIO ESTA

APTO

NO APTO

PARA SU INGRESO.

..... FIRMA Y SELLO RESPONSABLE