



# Obra Social de Conductores Camioneros y Personal del Transporte Automotor de Cargas - Filial Entre Ríos

Insc. O. SOCIAL N° 103204 - Res. I.N.O.S. N° 683/80 - CUIT N° 30-66150769-8

Maciá 740 - 3100 - Paraná - Entre Ríos

Tel./Fax: 0343-4242078/5459 - www.camionerosentrierios.org

## DEPARTAMENTO DE OBRA SOCIALES DECLARACION JURADA

Lugar:.....

Fecha:.....

### Datos del Titular

N° AFILIADO: \_\_\_\_\_ TIPO AFILIADO: \_\_\_\_\_  
APELLIDO: \_\_\_\_\_ N° SINDICAL: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ N° CUIL: \_\_\_\_\_  
TIPO Y N° DOC.: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
CAT. LABORAL: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ DPTO: \_\_\_\_\_ PCIA: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

### Datos de la Empresa

EMPLEADO EN: \_\_\_\_\_ N° CUIT: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PCIA: \_\_\_\_\_  
FECHA INGRESO A LA EMPRESA: \_\_\_\_\_ FECHA INGR. A LA INSTITUCION: \_\_\_\_\_

A LOS EFECTOS DE HACER USO DEL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL DE LA LEY N°23660  
DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO TENER A CARGO LOS SIGUIENTES FAMILIARES DIRECTOS CON DERECHO ALA PRESTACION

### Datos de Beneficiarios

NOMBRE Y APELLIDO COMPLETOS	PARENTESCO	N° CUIL	SEXO	F. NACIMIENTO	FIRMA BENEFICIARIO

**\*IMPORTANTE\***: TODO BENEFICIARIO QUE FALSEARA A LA VERDAD DE LA PRESENTE DECLARACION JURADA, SE HARA PAUSIBLE A LA APLICACION DE LAS MEDIDAS QUE LE PUDIERE CORRESPONDER, QUEDANDO A SU VEZ ANULADA LA MISMA. TODO CAMBIO DE DOMICILIO DEBERA COMUNICARSE A ESTE DPTO. A LA BREVEDAD POAIBLE.

SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA EMPRESA

FIRMA DEL INTERESADO