FORMULARIO PARA INFORMAR NOVEDADES DECLARACIÓN JURADA - FAMILIARES A CARGO



AÑO DE PRESENTA	ACIÓN 20			
DATOS PERSONAL	ES DEL AGENTE			
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO		CUIL		
APELLIDO		NOMBRES		
GÉNERO		FECHA DE NA	NACIMIENTO/ TEL.	
ESTADO CIVIL		PAÍS DE NACIMIENTO		
PROVINCIA DE NACIMIENTO			LOCALIDAD DE NACIMIENTO	
DATOS DEL DOMIC	CILIO DEL AGENTE			
PROVINCIA			LOCALIDAD	
CÓDIGO POSTAL			CALLE	
NÚMERO	PISO	DPTO	MONOBLOCK	ESCALERA
BARRIO			,) (
ESQUINA: SI NO	ENTRE CALL	E:	Y CALL	 E:
DATOS FAMILIAR A	CARGO			
DATOS FAMILIAR A			CUIL	
			CUIL	
TIPO DE DOCUMENT		FECHA DE NA	NOMBRES	EL.
TIPO DE DOCUMENT		FECHA DE NA	NOMBRES	iL.
TIPO DE DOCUMENT APELLIDO GÉNERO	O Y NÚMERO	FECHA DE NA	NOMBRES	EL.
TIPO DE DOCUMENT APELLIDO GÉNERO PARENTESCO POSEE CERTIFICADO	O Y NÚMERO DE DISCAPACIDAD	SI NO	NOMBRES ACIMIENTO/ TE	
TIPO DE DOCUMENT APELLIDO GÉNERO PARENTESCO POSEE CERTIFICADO	O Y NÚMERO DE DISCAPACIDAD	SI NO	NOMBRES	
TIPO DE DOCUMENT APELLIDO GÉNERO PARENTESCO POSEE CERTIFICADO DATOS DEL DOMIC	O Y NÚMERO DE DISCAPACIDAD	SI NO	NOMBRES ACIMIENTO TE	
TIPO DE DOCUMENT APELLIDO GÉNERO PARENTESCO POSEE CERTIFICADO DATOS DEL DOMIC PROVINCIA	O Y NÚMERO DE DISCAPACIDAD	SI NO	NOMBRES ACIMIENTO TE	
TIPO DE DOCUMENT APELLIDO GÉNERO PARENTESCO POSEE CERTIFICADO DATOS DEL DOMIC PROVINCIA CÓDIGO POSTAL	O Y NÚMERO DE DISCAPACIDAD CILIO DEL FAMILIAR (SI NO	NOMBRES ACIMIENTO/ TE	inte)
TIPO DE DOCUMENT APELLIDO GÉNERO PARENTESCO POSEE CERTIFICADO DATOS DEL DOMIC PROVINCIA CÓDIGO POSTAL NÚMERO	O Y NÚMERO DE DISCAPACIDAD CILIO DEL FAMILIAR (SI NO (Completar so	NOMBRES ACIMIENTO/ TE	ESCALERA

QUEDANDO A DISPOSICIÓN PARA LA VERIFICACIÓN QUE EL MINISTERIO ESTIME

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AGENTE

FORMULARIO PARA INFORMAR NOVEDADES DECLARACIÓN JURADA - FAMILIARES A CARGO



AÑO DE PRESENTACIÓN 20...... **DATOS FAMILIAR A CARGO** TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO CUIL **APELLIDO** NOMBRES FECHA DE NACIMIENTO **GÉNERO** TEL. **PARENTESCO** POSEE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SI NO DATOS DEL DOMICILIO DEL FAMILIAR (Completar solo si no convive con el agente) LOCALIDAD **PROVINCIA** CÓDIGO POSTAL CALLE DPTO MONOBLOCK NÚMERO **PISO ESCALERA BARRIO** ESQUINA: SI NO **ENTRE CALLE:** Y CALLE: **DATOS FAMILIAR A CARGO** TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO CUIL **APELLIDO** NOMBRES FECHA DE NACIMIENTO **GÉNERO** TEL. **PARENTESCO** POSEE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SI NO DATOS DEL DOMICILIO DEL FAMILIAR (Completar solo si no convive con el agente) LOCALIDAD **PROVINCIA** CÓDIGO POSTAL CALLE DPTO PISO MONOBLOCK NÚMERO **ESCALERA BARRIO** ESQUINA: SI NO **ENTRE CALLE:** Y CALLE:

LOS DATOS CONSIGNADOS TIENEN VALOR DE DECLARACIÓN JURADA QUEDANDO A DISPOSICIÓN PARA LA VERIFICACIÓN QUE EL MINISTERIO ESTIME

> FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AGENTE