**DECLARACIÓN JURADA GRUPO FAMILIAR**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos y nombres: Clic aquí | Legajo Nº: Clic aquí |
|  |
| **DECLARO BAJO JURAMENTO que los familiares directos a mi cargo, para su atención por enfermedad, son los siguientes:** |
| Apellidos y Nombres | Tipo y Nº de Documento | Nº de CUIL | Fecha de Nacimiento | Parentesco |
|  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |
|  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |
|  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |
|  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |
|  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |
|  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |
|  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |  Clic aquí |
|  |
| Observaciones: Clic aquí |
|  |
| Lugar y fecha: Clic aquíFirma:Aclaración: Clic aquí |