

Obra Social De Conductores Camioneros Filial Salta

Personería Social 1-0320 - Res. I.N.O.S 683/80

www.camionerossalta.com

CASEROS 1350

TEL/FAX: (0387) 4317652

4400 - SALTA

EMPADRONAMIENTO DE BENEFICIARIOS

Nº de Empresa	Zona

Nº de Beneficiario

Lugar y Fecha

DECLARACION JURADA

BENEFICIARIO TITULAR

Apellido				Nombre				
Fecha de Nac.				CUIL			Nacionalidad	
Domicilio					Teléfono			C.P.
Localidad			Provincia				Estado Civil	
Empleado en la Empresa					Teléfono			
Domicilio				C.P.	Localidad			
Provincia			Tarea que realiza				Categoría	
Fecha de Ingreso				CUIT de la Empresa				

Declaro bajo juramento tener a cargo los siguientes familiares directos con derecho a la Prestación

- * **Concubino/a solamente con Descuento por Adherente**
 - * **Hijos solteros hasta 21 años de edad hasta los 25 con Certificado de Estudio**
 - * **Hijos incapacitados sin límite de edad**
 - * **Nietos solamente con Guarda Judicial**

NOTA IMPORTANTE: Todo beneficiario que falseare la verdad de esta declaración se hará pasible a la aplicación de las medidas que pudiera corresponder quedando a su vez ANULADA la misma.
Todo cambio de domicilio deberá comunicarse a la brevedad.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL PRESENTE FORMULARIO

- ✓ Este formulario debe completarse sin utilizar los espacios sombreados.
- ✓ Debe presentarse firmado por el Titular y por el Empleador, debiendo la Firma de este estar certificada en el espacio destinado para este fin.

DOCUMENTACION A ADJUNTAR

✓ FOTOCOPIA DE:

- Documento de Identidad del Titular y su grupo familiar.
- Acta de matrimonio o certificado de unión convivencial.
- Partida de nacimiento de los hijos.
- Últimos dos recibos de sueldo. Monotributo 3 tickets de pago y alta de Monotributo
- Acta de matrimonio o de divorcio; cuando los titulares sean mujeres, casadas o divorciadas respectivamente, aún cuando no incorporen familiares a cargo.
- D.N.I. o C.I. o de no contar con dichos documentos, certificado de residencia y permiso de trabajo junto con el documento del país de origen, cuando los titulares sean extranjeros.

FIRMA DEL TITULAR

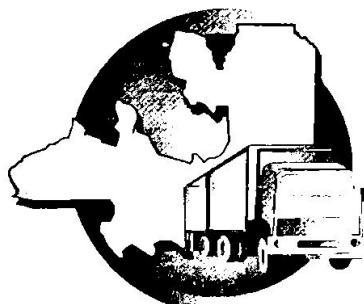
Declaro bajo juramento que los integrantes de mi grupo familiar no primario incluido en el presente formulario, no son beneficiarios de Obra Social alguna ni perciben ingresos de ningún tipo, comprometiéndome al reintegro de los gastos que ocasionen las prestaciones brindadas en el caso que se compruebe la falsedad en información suministrada.

Firma

FIRMA DEL ENCARGADO O DELEGADO

Certifico en mi carácter de declaración jurada, que el titular responsable del grupo familiar declaró en el presente formulario, se desempeña a la fecha en relación de dependencia en esta empresa. Asimismo me comprometo a efectuar las retenciones de los aportes correspondiente a esta Obra Social, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes.

Firma y Sello



CERTIFICACIÓN DE FIRMA