

**PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2024 -**

**FORMULARIO DE DATOS PERSONALES DEL AFILIADO CON DISCAPACIDAD**

**ACLARACIONES PRELIMINARES:**

- 1) La totalidad de documentación presentada tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**. Cualquier omisión y/o falsedad en la información consignada, como así también la falta de comunicación fehaciente y en término para el caso de producirse modificaciones en los datos indicados, será pasible de las sanciones y denuncias pertinentes de acuerdo con el régimen jurídico vigente y disposiciones reglamentarias de OSPAC.
- 2) Debe ser completado en su totalidad, con letra clara, en tinta azul o negra. No se admitirán tachaduras, ni enmiendas.

**DATOS PERSONALES**

Nombre y Apellido:

Afiliado N°:  Plan:

Fecha de nacimiento:  /  /  Edad:  Género:

Estado civil:  Domicilio:

Localidad:  Profesión / ocupación:

Teléfono:  Email:

Afiliación a otra obra social:

N° de Afiliado:  (copia de credencial de afiliación)

**GRUPO FAMILIAR O REFERENTES**

Nombre:  D.N.I.:

Parentesco:  Teléfono:

Nombre:  D.N.I.:

Parentesco:  Teléfono:

Nombre:  D.N.I.:

Parentesco:  Teléfono:



### **EN CASO DE TENER CURADOR O APOYO**

En los casos previstos por los arts. 32, 43, concordantes y respectivos del Código Civil y Comercial de la Nación, se deberá **acompañar** copia certificada de la Resolución Judicial y de la inscripción en el Registro Civil.

Nombre:  D.N.I.:   
Parentesco:  Teléfono:

Fecha:  /  /

FIRMA DEL AFILIADO (o representante  
legal, curador o apoyo)

ACLARACIÓN

