

Formulario O20 - Programa de Discapacidad

Declaración Jurada de Datos Afiliatorios

Completar todos los campos del formulario. Obligatorariamente con letra de imprenta mayúscula.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Lugar de Emisión

Fecha

Datos del Titular

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Apellido y Nombres

CUIL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Fecha de Nacimiento

Nacionalidad

Estado Civil

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Domicilio: Calle

Nº

Piso

Depto.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

C.P.

Localidad

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Teléfono Fijo

Celular

<input type="text"/>

Mail

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

CUIT del Empleador

Razón Social

Datos del Beneficiario por el cual se Solicita la Cobertura por Discapacidad

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Apellido y Nombres

CUIL

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Fecha de Nacimiento

Nacionalidad

<input type="text"/>

Diagnóstico

<input type="text"/>

Vencimiento del Certificado de Discapacidad

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Firma del Padre / Madre / Tutor

Aclaración

<input type="text"/>

Número de DNI