O.S.O.E.F.R.N. y N.
R.N.O.S. 1-0670
Mengelle 130 - Tel: 4782274
8324- Cipolletti (R.N.)

Beneficiario Nº

DECLARACIÓN INDIVIDUAL

La presente tiene carácter de declaracion jurada

APELLIDO Y NOMBRES

DOMICILIO REAL				
Calle:	Nº:	Localidad:	Prov.:	Pais:

DATOS			
D.N.I.:	CUIL:	Tel:	Mail:

Fecha de Nac.: ..../..../..... **Nacionalidad** **.....** **.....Sexo.....** **.....** **Est. Civil: .....**

Empresa: ..... **Nº Inscripción: .....**

Fecha de Ingreso a Empresa **.....** **Categoria.....** **.....**

Remuneracion Sujeta a Aportes	
Mensual o Equivalente	Promedio Anual Meses de Actividad.....

GRUPO FAMILIAR

Apellido y Nombre	Parentesco	Código	Fecha de Nac.	Sexo	DNI/Cuil

.....	.....	.....
Lugar y Fecha	Responsable Boca de Expendio	Firma Afiliado