



## DECLARACIÓN JURADA SOBRE FAMILIARES A CARGO

..... de..... de 20.....

Corresponde al Legajo del Afiliado N°.....

SR. PRESIDENTE DE LA  
CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

De mi consideración:

Quien suscribe.....

odontólogo afiliado/a N° ..... con domicilio real en  
calle....., N°..... de la localidad de  
....., teléfono fijo....., teléfono  
celular....., correo electrónico..... y domicilio  
profesional en calle ..... N°..... de la localidad  
de..... Documento de Identidad N°.....

manifiesta bajo juramento que a fin de cumplimentar lo dispuesto por los artículos 1º y 4º del  
Reglamento de Asignaciones Familiares para jubilados y pensionados de la CAJA DE SEGURIDAD  
SOCIAL PARA ODONTOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, tiene a su cargo a su  
esposo/a.....  
e hijos.....

Saluda a Ud. atentamente.-

**IMPORTANTE:** A continuación transcribimos en su parte pertinente el artículo 3º inciso 1º) del Reglamento de Asignaciones Familiares: “*Para que se perfeccione el beneficio, el cónyuge o conviviente no deberá tener ingresos*”

Por tal motivo si su cónyuge o conviviente percibe ingresos en relación de dependencia, deberá adjuntar una **fotocopia autenticada de su recibo de haberes**. Si es Profesional o Trabajador independiente deberá presentar una **fotocopia autenticada de la Declaración Jurada de la A.F.I.P.**

DTO.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN

FECHA DE ENTRADA	NÚMERO DE AFILIADO

OF. R.	CÓDIGO	T. F.
0	3 A P J	

**QUEDO DEBIDAMENTE NOTIFICADO**

.....  
FIRMA