



DECLARACIÓN JURADA DE HIJOS DISCAPACITADOS A CARGO

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

SR. PRESIDENTE DE LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

S _____ / _____ D

De mi consideración:

Quien suscribe.....Jubilado/a o Pensionado/a N°.....,con domicilio real en calle.....N°.....de la localidad deDocumento de Identidad N°....., teléfono fijo.....,teléfono celular....., correo electrónico....., **DECLARA** bajo juramento que conforme los términos de lo dispuesto por el Reglamento de Asignaciones Familiares para jubilados y pensionados de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, **tiene a su cargo a su hijo/a discapacitado/a**.....

Saludo a Ud. atentamente.-

IMPORTANTE: A continuación transcribimos el artículo 2º inciso c) del Reglamento de Asignaciones Familiares: *“Hijos discapacitados sin límite de edad, que se encuentren a cargo económicamente del Jubilado o Pensionado. A tal fin se entiende por hijo ‘económicamente a cargo’, aquellos que no tengan ingresos superiores al salario mínimo vital y móvil”*

QUEDO DEBIDAMENTE NOTIFICADO

.....

FIRMA

DTO.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN
FECHA DE ENTRADA	NÚMERO DE AFILIADO	
OF. R	CÓDIGO	T.F.
0 3	A P N	