



DECLARACIÓN JURADA INDIVIDUAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN LA PROVINCIA DE BS. AS.

AÑO:

DATOS PERSONALES

N° AFILIADO:

Form fields for personal data: APELLIDO Y NOMBRES, DOMICILIO, LOCALIDAD, NACIONALIDAD, TIPO, N° DE DOC., TELÉFONOS, C.P., PARTIDO, F. DE NACIMIENTO, ESTADO CIVIL, E-MAIL

DATOS PROFESIONALES

Form fields for professional data: TÍTULO PROFESIONAL, EXPEDIDO POR UNIVERSIDAD, FECHA DE EXPEDICIÓN, OTRAS MATRÍCULAS

GRUPO FAMILIAR

CÓNYUGE

Form fields for spouse: APELLIDO Y NOMBRES, F. DE NACIMIENTO, F. DE MATRIMONIO, TIPO, N° DE DOC., NACIONALIDAD, ODONTÓLOGO (sí/no), MAT. PROV., A CARGO (sí/no)

HIJOS

Form fields for children: APELLIDO Y NOMBRES, F. DE NACIMIENTO, TIPO, N° DE DOC., NACIONALIDAD, EDAD, INCAPACITADO (sí/no), A CARGO (sí/no)

Form fields for children: APELLIDO Y NOMBRES, F. DE NACIMIENTO, TIPO, N° DE DOC., NACIONALIDAD, EDAD, INCAPACITADO (sí/no), A CARGO (sí/no)

PADRES/POL.

Form fields for parents: APELLIDO Y NOMBRES, F. DE NACIMIENTO, TIPO, N° DE DOC., NACIONALIDAD, EDAD, VIVE (sí/no), A CARGO (sí/no)

Form fields for parents: APELLIDO Y NOMBRES, F. DE NACIMIENTO, TIPO, N° DE DOC., NACIONALIDAD, EDAD, VIVE (sí/no), A CARGO (sí/no)

Form field for other family members: OTROS FAMILIARES A CARGO

EJERCICIO PROFESIONAL

PRIVADO

DOMICILIO	LOCALIDAD	TELÉFONO

OTRAS FORMAS DE EJERCICIO PROFESIONAL

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN _____

DOMICILIO _____ PARTIDO _____

LOCALIDAD _____ C.P. _____

FECHA DE INGRESO _____ VÍNCULO LABORAL _____

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN _____

DOMICILIO _____ PARTIDO _____

LOCALIDAD _____ C.P. _____

FECHA DE INGRESO _____ VÍNCULO LABORAL _____

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN _____

DOMICILIO _____ PARTIDO _____

LOCALIDAD _____ C.P. _____

FECHA DE INGRESO _____ VÍNCULO LABORAL _____

ENTIDADES MEDIANTE LAS CUALES FACTURA HONORARIOS
A OBRAS SOCIALES (CÍRCULOS, SOC., AGREMIACIONES, FEDERACIÓN O CONFEDERACIÓN)

N° DE CUIT _____

N° DE INGRESOS BRUTOS _____

DATOS PREVISIONALES

OTROS APORTES PREVISIONALES	FECHA DE INSCRIPCIÓN	NÚMERO DE AFILIADO	CANTIDAD DE AÑOS APORTADOS	APORTA ACTUALMENTE

COBERTURAS MÉDICAS QUE AMPARAN AL AFILIADO

NOMBRE	OBLIGATORIA	NOMBRE	OBLIGATORIA
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

LUGAR Y FECHA

FIRMA

ACLARACIÓN

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE NO EXISTE OMISIONES O FALSEAMIENTOS DE DATOS, CONSTITUYENDO LO MANIFESTADO LA FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.