

NOMBRE _____ APELLIDO _____

DNI _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ E. CIVIL _____

DOMICILIO REAL: CALLE _____ N° _____

TIRA _____ PISO/MANZANA _____ DPTO. _____ LOCALIDAD _____

TELÉFONO _____ MAIL _____

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1- SÍ ☐ NO ☐ SOY AGENTE JUBILADO/A DE LA UNCo.

2- SÍ ☐ NO ☐ TENGO OTRA PENSIÓN

3- SÍ ☐ NO ☐ SOY AGENTE ACTIVO EN OTROS ÁMBITOS

4- SÍ ☐ NO ☐ TENGO OTRA OBRA SOCIAL ¿Cuál? _____

Se compromete a comunicar a SOSUNC toda modificación sobre la situación declarada dentro de los 10 (diez) días corridos de producida.

Conoce el reglamento y se somete al mismo en todas sus partes.

La falsedad, omisión o inexactitud en la presente declaración jurada, deliberada o no, producirá de pleno derecho la caducidad de la afiliación y la pérdida de los beneficios asistenciales de SOSUNC.

CIUDAD DE _____, A LOS ____ DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____

PARA COMPLETAR POR PERSONAL DE SOSUNC

N° DE ORDEN _____

CARGÓ:

FIRMA DEL TITULAR