

**Solicitud de afiliación de Familiares a cargo**

El que suscribe, afiliado directo de SEROS, solicita del Señor Director la incorporación del familiar cuyos datos y demás antecedentes se detallan al pie, por contar con cobertura de Obra Social.

Objeto: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Repartición Empleadora: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

**Datos familiares**

Apellido: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio real: \_\_\_\_\_

Domicilio real: \_\_\_\_\_

Jubilado o Pensionado: \_\_\_\_\_  
(Indicar Caja Otorgante del Beneficio)

Posee y/o Ingresos (detalle): \_\_\_\_\_

Detallar Apellido, Nombre y Edad de Hijos del Familiar a Incorporar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es incapacitado/a: \_\_\_\_\_ (Declare porcentual): \_\_\_\_\_

NOTA: la presente solicitud tiene carácter de DECLARACION JURADA y deberá presentarse con toda la documentación requerida y consignar la totalidad de los datos, sin cuyos requisitos no se dará trámite a la solicitud. Declaro expresamente notificado del Art. 172º del Código Penal de la Nación Argentina.

\_\_\_\_\_  
Firma