



Declaración Jurada



Datos del Titular

Apellido y Nombres:

Afiliado/Jubilado/Pensionado N°:

Registro N°: Asiento N°: Fecha de Juramento:/...../.....

Fecha de Nacimiento:/...../..... Estado Civil:

Tipo y N° de Doc:

Domicilio Particular:

Localidad: Teléfono: C. Postal:

Domicilio Profesional:

Localidad: Teléfono: C. Postal:

Email:

Familiares a cargo

Apellido y Nombre	Parentesco	Tipo y N° de Documento	Fecha de Nacimiento	Estado Civil	ver referencias		
					1	2	3

¿Es su cónyuge profesional, trabaja en relación de dependencia o ejerce actividad independiente?

Indicar:

¿Tiene su familia otra Obra Social o está asociada a plan de medicina prepaga?

Indicar cuál:

Fecha:

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS INDICADOS SON CORRECTOS.
Me comprometo a comunicar en forma inmediata y fehaciente a la Caja Notarial cualquier modificación en los datos de la presente, sin tener derecho a reclamo alguno en caso de incumplimiento.

SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS	Sí ☐	No ☐
--------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

**servicio con costo adicional*

Referencias

1- ¿Desea Afiliarlo al Servicio Médico?	Sí ☐	No ☐
2- ¿Servicio Odontológico?	Sí ☐	No ☐
3- ¿Está incapacitado?	Sí ☐	No ☐

Nota:

- En caso de no alcanzar el formulario, completar abajo.
- Si el/la cónyuge a cargo se encuentra afiliado/a como escribano/a a esta Caja Notarial, deberá aclararlo y especificar en N° de Afiliado.
- El Servicio Médico es obligatorio para el Titular, salvo Jubilados y Pensionados que no residan en la provincia de Córdoba y acrediten poseer otra Obra Social.
- Los familiares que se incorporen al Servicio Médico deberán cumplir el período de carencia que establece el Cap. III de la Reglamentación.

Firma y Sello Profesional