

CAJA PREVISIONAL PARA PROFESIONALES DEL NEUQUEN

DATOS PERSONALES

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| Afiliado: _____ | Documento: _____ |
|-----------------|------------------|

|                             |                  |
|-----------------------------|------------------|
| <u>Domicilio real (DNI)</u> |                  |
| Dirección: .....            | Localidad: ..... |
| Celular: .....              | Teléfono: .....  |
| Correo electrónico: .....   |                  |

|                              |                  |
|------------------------------|------------------|
| <u>Domicilio profesional</u> |                  |
| Dirección: .....             | Localidad: ..... |
| Celular: .....               | Teléfono: .....  |

|                           |                  |
|---------------------------|------------------|
| <u>Domicilio especial</u> |                  |
| Dirección: .....          | Localidad: ..... |
| Celular: .....            | Teléfono: .....  |

Enviar correspondencia al domicilio (marcar con una cruz): Real:.. Profesional: ..... Especial:...

Estado Civil: .....

**GRUPO FAMILIAR**

| Nombre y Apellido | Vinculo | Tipo, N° Documento | Nacimiento | Invalidez |
|-------------------|---------|--------------------|------------|-----------|
|                   |         |                    |            |           |
|                   |         |                    |            |           |
|                   |         |                    |            |           |
|                   |         |                    |            |           |
|                   |         |                    |            |           |
|                   |         |                    |            |           |
|                   |         |                    |            |           |

***La presente reviste la condición de Declaración Jurada. A dichos fines, declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos, comprometiéndome a denunciar su modificación por medio fehaciente dentro de las 48 horas de su acaecimiento.***

Neuquén, ...../.. /....

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración