O.S.O.E.F.R.N. y N.

R.N.O.S. 1-0670-8

Mengelle 130 - Cel: 2995766927

8324- Cipolletti (R.N.)

Beneficiario Nº

DECLARACIÓN INDIVIDUAL

La presente tiene carácter de declaracion jurada

APELLIDO Y NOMBRES: .....

D.N.I.: ..... **CUIL:**..... **Cel:** .....

Mail:.....

Fecha de Nac.: ...../...../..... **Nacionalidad:** .....**Sexo:**.....**Est. Civil:** .....

Calle: ..... **Nº:** .....

Localidad: ..... **Prov.:** ..... **País:**.....

Empresa: ..... **Nº Inscripción:** .....

Fecha de Ingreso a Empresa ..... **Categoria**..... .....

Remuneracion Sujeta a Aportes
Mensual o Equivalente ..... **Promedio Anual Meses de Actividad**.....

GRUPO FAMILIAR

Apellido y Nombre	Parentesco	Código	Fecha de Nac.	Sexo	DNI/Cuil

....

Lugar y Fecha **Responsable Boca de Expendio** **Firma Afiliado**