

Frente

### Titular

CUIL	Apellido/s y nombre/s
CUIT empleador/a	Razón social

### Obras Sociales actuales a las que se realiza aportes

Código	Denominación

### Obra Social elegida

Código	Denominación
402400	OSEDEIV

### Grupo familiar primario y/o familiares a cargo

1	Apellido/s	Nombre/s	Cód. Parent		
	CUIL	Documento Nacional de Identidad	Fecha de nacimiento	Con discapacidad	Estudia
		Tipo Número	Día Mes Año	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2	Apellido/s	Nombre/s	Cód. Parent		
	CUIL	Documento Nacional de Identidad	Fecha de nacimiento	Con discapacidad	Estudia
		Tipo Número	Día Mes Año	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3	Apellido/s	Nombre/s	Cód. Parent		
	CUIL	Documento Nacional de Identidad	Fecha de nacimiento	Con discapacidad	Estudia
		Tipo Número	Día Mes Año	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4	Apellido/s	Nombre/s	Cód. Parent		
	CUIL	Documento Nacional de Identidad	Fecha de nacimiento	Con discapacidad	Estudia
		Tipo Número	Día Mes Año	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**Este formulario tiene carácter de declaración jurada. Debe completarse sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a las personas infractoras a las penalidades previstas en los artículos 172, 292 y 293 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documento público.**

Firma de la persona titular o representante

Firma y documento de la persona representante

Sello fechador y firma ANSES

Firma y sello de la Obra Social

Quien suscribe \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ certifico que la firma precedente  
corresponde a la persona declarante y fue puesta en mi presencia acreditando identidad con Documento \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_