



# FONDO SOLIDARIO PARA ALTA COMPLEJIDAD (F.A.C.P.C.E)

## DECLARACION JURADA

| APELLIDO Y NOMBRES TITULAR (Matriculado) | TOMO y FOLIO | * EJERCICIO PROFESIONAL |        |       | FECHA DE NACIMIENTO |     |     | TIPO DE DOCUM. | Nº DE DOCUMENTO | SEXO F / M | ESTADO CIVIL | FECHA DE CASAMIENTO |     |     | POSEE OTRA OBRA SOCIAL |  |          |  |                    |
|------------------------------------------|--------------|-------------------------|--------|-------|---------------------|-----|-----|----------------|-----------------|------------|--------------|---------------------|-----|-----|------------------------|--|----------|--|--------------------|
|                                          |              | Relación DEP.           | INDEP. | AMBOS | DIA                 | MES | AÑO |                |                 |            |              | DIA                 | MES | AÑO | OBLIGATORIA            |  | OPTATIVA |  | NOMBRE O INICIALES |
|                                          |              |                         |        |       |                     |     |     |                |                 |            |              |                     |     |     |                        |  |          |  |                    |

| APELLIDO Y NOMBRES | PARENTESCO | FECHA DE NACIMIENTO |     |     | TIPO DE DOCUM. | Nº DE DOCUMENTO | SEXO F / M | ESTADO CIVIL | POSEE OTRA OBRA SOCIAL |  |          |  |                    |  |  |  |  |  |  |
|--------------------|------------|---------------------|-----|-----|----------------|-----------------|------------|--------------|------------------------|--|----------|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|
|                    |            | DIA                 | MES | AÑO |                |                 |            |              | OBLIGATORIA            |  | OPTATIVA |  | NOMBRE O INICIALES |  |  |  |  |  |  |
|                    |            |                     |     |     |                |                 |            |              |                        |  |          |  |                    |  |  |  |  |  |  |

Declaro bajo juramento que los datos consignados precedentemente son correctos, obligandome a cumplir el reglamento interno del Fondo solidario para Alta Complejidad el que declaro conocer. Sometiendome a los mismos y todas las resoluciones, normas y disposiciones de la F.A.C.P.C.E. del C.P.C.E.R.N. establecidas o que se fijen en el futuro para la presente cobertura.

DOMICILIO PROFESIONAL..... MAIL ..... LUGAR Y FECHA .....

FIRMA DEL PROFESIONAL