



A.P.T.A.S.C.H.
Asociación de Profesionales,
Técnicos y Auxiliares
de la Salud Pública del Chaco

SOLICITUD DE PRESTACIONES SOCIALES

Solicitud N°:

Datos del Afiliado:

Apellido y Nombres:		
Domicilio Real:		
Localidad:	Código Postal:	
Teléfono:	Celular:	Particular:
Email:		
Doc. De Identidad:	Tipo:	Nro:
Fecha de Nac.:	Lugar de Nac.:	
Lugar de Trabajo:	<input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Auxiliar	
CUIL.	Banco:	Sucursal:
C/Cte. C. Ah N°:	CBU:	

La que suscribe, por la presente solicita el pago por: Matrimonio Natalidad Fallecimiento, en un todo de acuerdo con las Reglamentaciones vigentes.

A fin de acreditar el hecho cuyo pago solicito, acompaño las siguientes documentaciones:

- Fotocopia de DNI del Beneficiario.
- Certificado de matrimonio.
- Partida de nacimiento del Reg. Civil/Resolución Judicial de adopción.
- Fotocopia del DNI. Del recién nacido o adoptado.
- Acta de defunción.
- Instrumento que acredite el vínculo. (con recién nacido, adoptado o fallecido)

Manifiesto con carácter de declaración jurada, que la información proporcionada y las documentaciones que se acompañan son veraces y corren bajo mi entera responsabilidad.

Firma

Aclaración

DNI. Nro.