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

DD.JJ FAMILIARES A CARGOS Y DECLARACION DE BENEFICIARIOS

El/la que suscribe, Sr/a. : _____,DNI No: _____, Afiliado, Nro: _____ , domiciliado en: _____, No: _____, de la ciudad de: _____, provincia: _____, e- mail: _____ DECLARO BAJO JURAMENTO los familiares a cargo que poseo, a la fecha que se indica más abajo, asimismo mi estado civil a la fecha es: ☐ soltero; ☐ casado:

Apellido y nombre	DNI Nro.	Parentesco	Estado civil	Edad	Beneficiario

Asimismo, renuevo mi compromiso de comunicar a la APTASCH en forma fehaciente e inmediata, cualquier modificación en la situación de hecho y en los datos declarados respecto a mi familiar a cargo; y de presentar la Declaración Jurada Anual inherente al mismo según la reglamentación vigente de la APTASCH y cada vez que me sea requerida.

De igual modo, manifiesto conocer la normativa vigente respecto a la afiliación de familiares a cargo y presto mi entera conformidad respecto a las prestaciones del que goza mi familiar a cargo, como si también me comprometo a aceptar, respetar y ajustarme a las modificaciones que al respecto establezca la APTASCH.

Acepto y presto conformidad que todas las comunicaciones y/o notificaciones que se remitan al e-mail arriba denunciado, serán válidas y tendrán el carácter de notificación fehaciente, comprometiéndome a comunicar cualquier modificación de la dirección de correo electrónico declarada en la presente. -

Resistencia, ____/____/_____.-

Firma	Aclaración	DNI.