

**FONDO SOLIDARIO PARA ALTA COMPLEJIDAD (F.A.C.P.C.E)**  
**DECLARACION JURADA**

Apellido y Nombre (Titular)	N° de Legajo	Tom/Fol Fecha de Mat.	(*) Ejercicio Profesional				Fecha de Nacimiento			Tipo Doc.	Numero Documento	Estado Civil	Fecha de Casamiento			Posee otra Obra Social				
			Dep. PU	Dep. PR	IND.	AMB.	D	M	A				D	M	A	Obligatoria		Optativa		Nombre/Iniciales
																SI	NO	SI	NO	

(\*) Marcar la relacion laboral: DEPENDIENTE(1-Publica,2-Privada), INDEPENDIENTE O AMBAS

**GRUPO FAMILIAR:** (CONYUGE E HIJOS) COMPLETE LAS CASILLAS EN DONDE FALTE INFORMACION O BIEN CORRIJA LOS DATOS EN AQUELLOS EN QUE LOS MISMOS SE ENCUENTREN DESACTUALIZADOS O ERRONEOS

Apellido y Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Tipo de Doc.	N° Documento	F/M	Estado Civil	Posee otra Obra Social				Incapacidad		Incapacidad del Titular y/o Integrante del Grupo Familiar	
							Obligatoria		Optativa		Nombre	SI		NO
							SI	NO	SI	NO				

DECLARO BAJO JURAMENTOS 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 A TODAS LAS RESOLUCIONES, NORMAS Y DISPOSICIONES DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CONSEJOS PROFESIONALES DE CIENCIAS ECONOMICAS Y DEL CONSEJO DE BUENOS AIRES ESTABLECIDAS O QUE SE FIJEN EN EL FUTURO PARA LA PRESENTE COBERTURA.

Domicilio Profesional

Lugar y Fecha

-----  
-----

CP

TEL

-----  
-----

-----  
FIRMA Y ACLARACION