



INSTITUTO PROVINCIAL
DE SALUD DE SALTA

AFILIACIONES

FORMULARIO DECLARACION JURADA PARA AFILIADO
TITULAR FORZOSO.

APELLIDO Y NOMBRE:					
NACIONALIDAD:			DNI:		
EDAD:		FECHA DE NACIMIENTO:		LUGAR DE NACIMIENTO:	
ESTADO CIVIL:					
DOMICILIO:					
CALLE:			DEPTO:		PISO:
BARRIO:			CASA:	MANZANA:	
CIUDAD:			TELEFONO:		
OCUPACION LABORAL:			OBRA SOCIAL ANTERIOR:		
GRUPO FAMILIAR PRIMARIO					
NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	VINCULO	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE ALTA:	T. ESPERA:
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					



INSTITUTO PROVINCIAL
DE SALUD DE SALTA

AFILIACIONES

FORMULARIO DECLARACION JURADA PARA AFILIADO
TITULAR FORZOSO.

CONVIVIENTES BENEFICIARIOS					
NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	VINCULO	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE ALTA:	T. ESPERA:
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					

Por la presente autorizo al Instituto de Salud de Salta a ENVIAR a mi teléfono celular: _____ las novedades que me desean comunicar.

Firma del Titular:

ACLARACION:

DNI:

IMPORTANTE: EN CASO DE DETECTARSE FALSEDAD U OMISIONES EN LA DECLARACIÓN JURADA DEL TITULAR, BENEFICIARIOS Y CONVIVIENTES O PRODUCIRSE CAMBIOS EN LAS CIRCUNSTANCIAS DE AFILIACIÓN DEL TITULAR BENEFICIARIOS Y CONVIVIENTES CUYA NOTIFICACIÓN A LA OSSEA OBLIGACIÓN DEL AF. TITULAR, SE PROCEDERÁ LA SANCIÓN Y COBRO DE LO INDEBIDAMENTE NO ABONADO O UTILIZADO, SIENDO EL AFILIADO TITULAR RESPONSABLE DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A LA OBRASOCIAL.