



OSPACP
Obra Social
del Personal Auxiliar
de Casas Particulares

Inscripción I.N.O.S. N° 10.360-0

Charcas 2745
1425 CAPITAL FEDERAL TEL. 4826-1806

SOLICITUD DE EMPADRONAMIENTO EMPLEADOR

Uso Exclusivo Obra Social - Central

N° C.U.I.T.:	N° EX-DNRP:
--------------	-------------

ROGAMOS LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE IMPRENTA

APELLIDO DE SOLTERO/A		APELLIDO DE CASADA			
NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		DOCUMENTO	
NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL	DOMICILIO		
			CALLE		NUMERO
CODIGO POSTAL		LOCALIDAD		PROVINCIA	TELEFONO

DECLARACION JURADA DE PERSONAL AL ____ / ____ /20__

NUMERO DEL BENEFICIARIO	APELLIDO Y NOMBRE	TAREA ESPECIFICA QUE REALIZA	SUELDO QUE PERCIBE	CANT. FLIARES. A CARGO	FECHA DE INGRESO		
					DIA	MES	AÑO

La presente Declaración Jurada corresponde al Personal ocupado por mí a la fecha, comprometiéndome a informar a esa Obra Social, las altas, las bajas y modificaciones que se produzcan durante el mes.

LUGAR Y FECHA

FIRMA:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

ACLARACIÓN DE FIRMA:



OSPACP
Obra Social
del Personal Auxiliar
de Casas Particulares

Inscripción I.N.O.S. Nº 10.360-0

SOLICITUD DE EMPADRONAMIENTO BENEFICIARIO

Nº

Uso Exclusivo Obra Social - Central

Charcas 2745

1425 CAPITAL FEDERAL TEL. 4826-1806

ROGAMOS LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE IMPRENTA

APELLIDO DE SOLTERO/A			APELLIDO DE CASADA			
NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO		DOCUMENTO	
					TIPO	NUMERO
						EXP. POR
NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	DOMICILIO				
		CALLE		NUMERO	PISO	DPTO.
CODIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA		TELEFONO		

DATOS DEL EMPLEADOR ACTUAL

APELLIDO DE SOLTERO/A			APELLIDO DE CASADA			
NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO		DOCUMENTO	
					TIPO	NUMERO
						EXP. POR
NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	DOMICILIO				
		CALLE		NUMERO	PISO	DPTO.
CODIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA		TELEFONO		
EMPADRONAMIENTO DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (EMPLEADO)	TOTAL REMUNERACION MENSUAL	JORNADA	OBSERVACIONES		
Nº			HS.			

INDIQUE CON UNA CRUZ LA TAREA QUE REALIZA:

SIN RETIRO CON RETIRO POR HORA

- | | | |
|---------------|--------------------------|---|
| 1a. Categoría | <input type="checkbox"/> | Institutrices, Preceptores, Gobernantes, Ama de llaves, Damas de Compañía, Nurses |
| 2a. Categoría | <input type="checkbox"/> | Cocineros Espec., Mucamos Espec., Niñeras Espec., Valets, Porteros. |
| 3a. Categoría | <input type="checkbox"/> | Cocineros, Mucamos, Niñeras en General, Auxiliares, Ayudante de Jardinero, Casero |
| 4a. Categoría | <input type="checkbox"/> | Aprendiz menor de 14 a 17 años. |
| 5a. Categoría | <input type="checkbox"/> | Planchadora, Lavandera, Limpiadora, etc. |

FIRMA DEL EMPLEADOR.....

FIRMA DEL BENEFICIARIO.....

El suscripto solicita asimismo de esa Obra Social, la Inscripción del Grupo Familiar, indicado en el presente formulario, y declara bajo juramento que cada uno de los integrantes del mismo está a su exclusivo cargo y no percibe ninguna clase de ingresos, jubilaciones ni pensión de índole alguna ni beneficios de ninguna Obra Social, comprometiéndose al reembolso de los gastos que derogue la prestación de que gozara en el supuesto que no sea exacta la información referida. El falseamiento de los datos dados implicará la automática caducidad de las prestaciones brindadas por OSPACP, con las consecuencias jurídicas que ello podría implicarle.

PARENTESCO	APELLIDO Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	ESTADO CIVIL	DOCUMENTO	
		DIA	MES	AÑO			TIPO	NUMERO

FIRMA DEL BENEFICIARIO.....