

**DATOS PARTICULARES**

LEGAJO	APELLIDO	NOMBRE/S

FECHA NACIM.

Día	Mes	Año

Nº DOC. IDENTIDAD

Tipo									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESTADO CIVIL

SEXO

MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA

- |                                 |                                   |                                 |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> L.C.   | <input type="checkbox"/> Casado   | <input type="checkbox"/> Masc.  |
| <input type="checkbox"/> L.E.   | <input type="checkbox"/> Soltero  | <input type="checkbox"/> Femen. |
| <input type="checkbox"/> C.I.   | <input type="checkbox"/> Viudo    |                                 |
| <input type="checkbox"/> D.N.I. | <input type="checkbox"/> Separado |                                 |
|                                 | <input type="checkbox"/> Conv.    |                                 |

**DOMICILIO PARTICULAR**

CALLE	NUMERO	PISO	DEPA
COD. POST.	LOCALIDAD	PROVINCIA	TELEFONO

PERSONAL

<input type="checkbox"/> DOCENTE
<input type="checkbox"/> NO DOCENTE
<input type="checkbox"/> OTROS CARACTER

CARACTER

<input type="checkbox"/> TITULAR
<input type="checkbox"/> SUPLENTE

<input type="checkbox"/> INTERINO CONTRATADO
--

PRESTA SERVICIOS EN LA U.T.N. SI ..... DEPENDENCIA/S .....

NO .....

EN OTRO/S ORGANISMO/S DONDE PRESTA SERVICIO/S: (1)

DEPENDENCIA O EMPRESA	CARGO:	AÑO DE ALTA	OBRA SOCIAL QUE LO CUBRE	OBSERVAC.:

(1) Administración Pública Nacional, Provincial, Municipal, Empresas del Estado, Actividad Privada.

En mi carácter de beneficiario de la D.A.S.U.Te.N. solicito quiera tener a bien disponer, conforme lo determinan las disposiciones en vigencia, que declaro incluir, el ingreso de los siguientes integrantes de mi grupo familiar.

Asimismo en este acto asumo la responsabilidad total de los riesgos y gastos emergentes, originados por afiliaciones indebidas.

LOS DATOS CONSIGNADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

APELLIDO Y NOMBRE/S	Parent.	Fecha Nacim.			Documento		Observaciones
		Día	Mes	Año	Tipo	Número	

.....

Lugar y Fecha

.....

Firma del suscripto

CERTIFICO QUE LA PRESENTE SOLICITUD Y LOS DATOS CONSIGNADOS EN ELLA FUERON VERIFICADOS DE LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS, SIENDO TODOS ELLOS CORRECTOS.

Sello del Establecimiento

.....

Firma Responsable Establecimiento

.....

Aclaración: Firma y Cargo