

ANEXO 1

DATOS DEL BENEFICIARIO - INICIO DE TRÁMITE

- DATOS A COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre del Beneficiario en Tratamiento	
DNI	
Numero de CUIL	
Fecha de Nacimiento	
Estado Civil	
Domicilio Actual	
C.P. – Localidad	
Provincia	
Tipo de Afiliación	Directo () – Monotributista () – Jubilado () – Otro ().....
Apellido y Nombre del Padre	
Teléfono del Contacto Del Padre (*)	
Apellido y Nombre de La Madre	
Teléfono de Contacto De la Madre (*)	
Correo Electrónico De Contacto	
Nombre de la Empresa, CUIT, Domicilio y Fecha de Ingreso Laboral	

* POR FAVOR COLOCAR EL PREJIFO DE LA ZONA DE RESIDENCIA E INDICAR SI ES TELÉFONO FIJO O CELULAR.

*PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA FIRMA DE CONSTANCIA DE ASISTENCIA

Vinculo	Nombre y Apellido	Documento	Registro de Firma
Responsable			
Responsable			