



DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES
Form. DGRH 002

1. DATOS PERSONALES

Nro. Legajo:

Apellido y nombres:

DNI N°

CUIL:

Fecha de nacimiento: / / Sexo Femenino

Grupo sanguíneo: Factor RH Masculino

Ciudad de origen: Provincia:

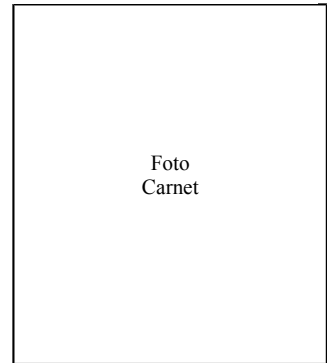
Nacionalidad: Naturalizado el: / /

Estado civil:

Apellido cónyuge/conviviente

Padre: F. Nac. / / Vive Si No

Madre: F. Nac. / / Vive Si No



2. DOMICILIO ACTUAL DE RESIDENCIA

Domicilio: Calle N° Dpto. Localidad:

C.P. Tel.: () Cel.: ()

E-mail institucional (si no lo tiene aún, solicitar alta en su Dependencia):

E-mail personal:

3. ESTUDIOS (Último nivel alcanzado) ⁽¹⁾

Título:

Idiomas (que habla y/o traduce):

Título:

Título:

Título:

⁽¹⁾ En todos los casos, presentar diploma que acredite los estudios mencionados.

Continúa al dorso →



4. DATOS PREVISIONALES

¿Es agente jubilado? Si Presentar último recibo de cobro de haberes.
 No

5. SEGUROS (Se deben completar los respectivos formularios de adhesión)

Declaro conocer la existencia del **Seguro de Vida Obligatorio**, que me será descontado de mis haberes, así como también la existencia de los **Seguros Voluntario** y de **Amparo Familiar**, que son optativos ⁽²⁾.

⁽²⁾ En caso de NO adherir a los seguros optativos deberá firmar la renuncia (**Nota DGRH 002**).

6. OBRA SOCIAL

Opción Obra Social:

OSPUNCPBA

Otras ⁽³⁾

Nombre Obra Social:

⁽³⁾ Si opta por otra OBRA SOCIAL, deberá renunciar a OSPUNCPBA presentando la **Nota DGRH 001** firmada y el certificado emitido por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, indicando la Obra Social elegida.

Declaro que los datos consignados en el presente formulario son correctos, quedando obligado a comunicar y a presentar la documentación respaldatoria correspondiente, dentro de los 30 días de producida cualquier variante relacionada con los datos aquí denunciados.

Lugar y Fecha

Firma