



**O.S.C.T.C.P.**

OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS  
RNOS 1-21606  
MORENO 3037-CABA

## DATOS DEL BENEFICIARIO

FECHA			
NOMBRE Y APELLIDO			
DNI			
FECHA DE NACIMIENTO			
NACIONALIDAD			
DOMICILIO ACTUAL			
LOCALIDAD	C.P. :	PROVINCIA:	
NOMBRE Y APELLIDO TITULAR			
DNI			
Tipo de Afiliacion :			
Directo ( ) Monotributista ( ) Jubilado ( ) Monotributista Social ( ) Servicio Domestico ( ) Desempleo ( )			

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE	
TELEFONO DE CONTACTO:	MAIL :
NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE	
TELEFONO DE CONTACTO:	MAIL :
NOMBRE Y APELLIDO FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR	
TELEFONO DE CONTACTO:	MAIL :

## PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA FIRMA DE ASISTENCIA

VINCULO	NOMBRE Y APELLIDO	DNI	FIRMA