



OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6
Moreno 3037 Capital Federal

FORMULARIO PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD: DATOS DEL AFILIADO

Fecha: / /

DATOS DEL AFILIADO TITULAR DE OBRA SOCIAL				
Apellido y Nombre:				
Documento Tipo:	Nro. :		Nro. CUIL:	
Domicilio:		Localidad:		Provincia:
Teléfonos:	Móvil:		Fijo:	
Correo electrónico:				
Nombre Empleador :			CUIT Empleador	

DATOS DEL AFILIADO CON DISCAPACIDAD:				
Apellido y Nombre				
Edad:		Fecha de Nacimiento:		
Documento:	Tipo:	Nro.:	Nro. CUIL:	
Domicilio:				
Localidad:		Provincia :		

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE:				
Apellido Y Nombre	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y Horarios Laborales

- Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas.
- Los mismos revisten carácter de Declaración Jurada.

.....
Firma del Padre / Madre /
Tutor

.....
Aclaración

.....
Tipo y Nro. de
Documento.