



**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 1:	Móvil:		Fijo:	
Teléfono 2:	Móvil :		Fijo:	
Correo electrónico N° 1				
Correo electrónico N° 2				
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

- **COMPLETAR CON LETRA DE IMPRENTA**
- 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.