

**DECLARACIÓN JURADA PARA AFILIACIÓN DE HIJO CON DISCAPACIDAD
MAYOR DE 21 AÑOS**

Apellido y nombre del familiar a afiliar/recategorizar

Tipo y N°/Doc

Fecha Nac.:

Domicilio

De acuerdo al Art 9 del Régimen de Afiliaciones de IOSFA, declaro bajo juramento tener bajo mi exclusivo cargo, a mi hijo antes mencionado, brindándole la asistencia integral adecuada (techo, comida, vestimenta y salud) no contando con ayuda de otros. Además declaro conocer que si he incurrido en falsedad al consignar los datos requeridos me haré pasible de la pena establecida en el Art. 293 del Código Penal y que por imperativo legal estoy obligado/a a comunicar de inmediato al IOSFA toda novedad que modifique la información contenida en esta declaración jurada.

Lugar y fecha: _____

Firma

Aclaración