



Instituto de Obra Social de la Provincia de Corrientes

**DECLARACION JURADA DE INGRESOS DEL TITULAR Y SU GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE
COBERTURA DE MEDICAMENTOS POR VIA DE EXCEPCION**

APELLIDO Y NOMBRE			
CUIL		EDAD	
		ESTADO CIVIL	
DOMICILIO			
LOCALIDAD			
TELEFONO		CELULAR	

INGRESOS

SOLICITANTE	\$	REPARTICION:
	\$	REPARTICION:
	\$	REPARTICION:

GRUPO FAMILIAR Y CONVIVIENTE:

APELLIDO Y NOMBRE	CUIL	EDAD	PARENTESCO	INGRESOS

TIENE OTRA OBRA SOCIAL:

SI:	NO:	CUAL:
-----	-----	-------

OBSERVACIONES

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada y son fiel reflejo de mis ingresos y de mi grupo familiar conviviente, siendo notificado lo establecido en el Código Penal artículo 293: "Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años, el que insertare o hiciere insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concernientes a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio"

Firma:

Lugar y fecha:

Aclaración: