



Fondo Solidario (FACPCE) Declaración Jurada

Datos del titular

Matrícula N° _____ Fecha de Matrícula ____ / ____ / ____ e- mail _____ @ _____

Apellido y Nombre _____

Domicilio _____ N° _____ Piso ____ Dpto ____ Barrio _____

Ciudad _____ Provincia _____ Código postal _____ Teléfono _____

Ejercicio profesional en dependencia: Sector público Sector privado

Obras sociales: _____

Tipo de documento _____ N° _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Estado civil Soltero Casado Divorciado Viudo

Sexo: Femenino Masculino Fecha de casamiento ____ / ____ / ____

Datos de los familiares (cónyuge e hijos)

Nombre y apellido	tipo doc	N° doc	parentesco	fecha de nacimiento	a cargo	O. Social	Incap.

Firma del titular