



Form  
PS.5.3

# Declaración Jurada del Trabajador y su Grupo Familiar Adheridos al Sistema Nacional del Seguro de Salud

Frente

Los campos grisados serán completados por personal de ANSES. Distribución

Novedades       Recategorización

Fecha de Presentación		
Día	Mes	Año

### Datos del Titular

Apellido/s	Nombre/s	CUIL/CUIT
------------	----------	-----------

Documento de Identidad			Nacionalidad		Fecha de Nacimiento				
Tipo	Número	Prov.Em	Códig	Códig	Día	Mes	Año	Sexo	Est.Civil (4)

Domicilio	Número	Dpto.	Piso	Cód.
-----------	--------	-------	------	------

Localidad	Prov.(2)	Teléfono
-----------	----------	----------

### Datos de la Obra Social

Códig	Denominación
-------	--------------

### Datos del Empleador (Completar si se encuentra en relación de dependencia)

CUIT	Razón Social
------	--------------

Domicilio de Lugar de Trabajo	Número	Dpto.	Piso	Cód. Postal
-------------------------------	--------	-------	------	-------------

Localidad	Sit. Rev.	Fecha de Ingreso			Prov.(2)
		Día	Mes	Año	

### Datos del Grupo Familiar

CUILT/CUIT	Apellido/s	Nombre/s							
Parentesco (3)	Cód. Parent	Documento de Identidad	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento					
		Tipo	Número	Prov.Em.	Códig	Día	Mes	Año	
Sexo	Est.Civil (4)	Incapac. S/N	Estudia S/N	Tipo Novedad	Alta		Fecha de Inicio		
				Baja			Día	Mes	Año
							Fecha de Baja		

CUILT/CUIT	Apellido/s	Nombre/s							
Parentesco (3)	Cód. Parent	Documento de Identidad	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento					
		Tipo	Número	Prov.Em.	Códig	Día	Mes	Año	
Sexo	Est.Civil (4)	Incapac. S/N	Estudia S/N	Tipo Novedad	Alta		Fecha de Inicio		
				Baja			Día	Mes	Año
							Fecha de Baja		