

FORMULARIO DATOS DEL ASOCIADO 2025

DATOS DEL ASOCIADO CON DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfonos: Celular: _____ Fijo: _____

Correo Electrónico: _____

Escolarizado (En caso afirmativo deberá presentar Certificado de Alumno Regular) SI NO

Nombre del Establecimiento Educativo actual y Grado: _____

CONTACTO ALTERNATIVO

Apellido y Nombre: _____

Vínculo: _____

Teléfonos: Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Posee franquicia vehicular adquirida SI NO

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

<u>Apellido y Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Vínculo</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Días y Horarios Laborales</u>

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE

Personas en contacto directo y frecuente con el Asociado con discapacidad

<u>Apellido y Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Vínculo</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Días y Horarios Laborales</u>

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas.
Los mismos revisten carácter de Declaración Jurada.

FIRMA DEL ASOCIADO / RESPONSABLE

ACLARACIÓN