

Datos del Titular

Apellido y Nombres: _____

Registro N°: _____ Asiento N°: _____ Fecha de Juramento: ____ / ____ / ____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Estado Civil: _____

Tipo y N° de Doc: _____

Domicilio Particular: _____

Localidad: _____ Teléfono: _____ C. Postal: _____

Domicilio Profesional: _____

Localidad: _____ Teléfono: _____ C. Postal: _____

Email: _____

Familiares a cargo

Apellido y Nombre	Parentesco	Tipo y N° de Documento	Fecha de Nacimiento	Estado Civil	ver referencias
					1 2 3

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

¿Es su cónyuge profesional, trabaja en relación de dependencia o ejerce actividad independiente? (Indicar):

¿Tiene su familia otra Obra Social o está asociada a plan de medicina prepaga?

Indicar cuál:

Fecha:

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS INDICADOS SON CORRECTOS. Me comprometo a comunicar en forma inmediata y fehaciente a la Caja Notarial cualquier modificación en los datos de la presente, sin tener derecho a reclamo alguno en caso de incumplimiento.

SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS

Sí

No

Firma:

Referencias

1- ¿Desea Afiliarlo al Servicio Médico?

Sí No

2- ¿Servicio Odontológico?

Sí No

3- ¿Está incapacitado?

(en caso de estarlo deberá acreditarlo)

Sí No

Nota:

- En caso de no alcanzar el formulario, completar abajo.
- Si el/la cónyuge a cargo se encuentra afiliado/a como escribano/a a esta Caja Notarial, deberá aclararlo y especificar en N° de Afiliado.
- El Servicio Médico es obligatorio para el Titular, salvo Jubilados y Pensionados que no residan en la provincia de Córdoba y acrediten poseer otra Obra Social.
- Los familiares que se incorporen al Servicio Médico deberán cumplir el período de carencia que establece el Cap. III de la Reglamentación.

Firma y Sello Profesional