



O.S.C.T.C.P.

OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

RNOS 1-21606

MORENO 3037-CABA

DATOS DEL BENEFICIARIO

|                                                                                                                                    |  |        |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|------------|
| FECHA                                                                                                                              |  |        |            |
| NOMBRE Y APELLIDO                                                                                                                  |  |        |            |
| DNI                                                                                                                                |  |        |            |
| FECHA DE NACIMIENTO                                                                                                                |  |        |            |
| NACIONALIDAD                                                                                                                       |  |        |            |
| DOMICILIO ACTUAL                                                                                                                   |  |        |            |
| LOCALIDAD                                                                                                                          |  | C.P. : | PROVINCIA: |
| NOMBRE Y APELLIDO TITULAR                                                                                                          |  |        |            |
| DNI                                                                                                                                |  |        |            |
| TELEFONO DE CONTACTO:                                                                                                              |  | MAIL : |            |
| Tipo de Afiliacion :<br>Directo ( ) Monotributista ( ) Jubilado ( ) Monotributista Social ( ) Servicio Domestico ( ) Desempleo ( ) |  |        |            |

|                                              |        |
|----------------------------------------------|--------|
| NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE                |        |
| TELEFONO DE CONTACTO:                        | MAIL : |
| MOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE                  |        |
| TELEFONO DE CONTACTO:                        | MAIL : |
| NOMBRE Y APELLIDO FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR |        |
| TELEFONO DE CONTACTO:                        | MAIL : |

PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA FIRMA DE ASISTENCIA

| VINCULO | NOMBRE Y APELLIDO | DNI | FIRMA |
|---------|-------------------|-----|-------|
|         |                   |     |       |
|         |                   |     |       |
|         |                   |     |       |