

DECLARACION JURADA DE DOMICILIO/PERSONAS A CARGO

DEPENDENCIA.....

APELLIDO: NOMBRES:

EDAD: ESTADO CIVIL:

DOMICILIO: (domicilio donde reside el/la agente para el control de ausentismo)

Calle: N°:Piso:Dpto.:.....

Barrio:Localidad:

Sec. Policial:Cód. Postal:Tel:

Me comprometo a notificar fehacientemente a la dependencia cualquier cambio de domicilio dentro de las 48 hs. de ocurrido el mismo. Caso contrario, se tendrán por validas todas aquellas visitas médicas efectuadas en el último domicilio declarado con todos los efectos legales pertinentes.

Grupo familiar a cargo: mencionar apellido y nombre, grado de parentesco, edad y si convive con el trabajador.

.....
.....
.....
.....

Posee familiar a cargo c/ discapacidad: SI NO

Posee Usted alguna discapacidad: SI NO

Fecha y número de la certificación pertinente:

(Cabe destacar que es obligatorio declarar y presentar la constancia de discapacidad ante el Departamento de legajos)

FIRMA DEL EMPLEADO: LEGAJO: DNI:

CORREO: TEL. LABORAL:

TEL. CELULAR:FECHA: