***Dejo de manifiesto que los datos consignados son exactos y veraces. La información brindada tendrá carácter de declaración jurada, con las consecuencias legales correspondientes por la falsedad de la misma para quien la suministra ( Código Penal Art. 293)***

**DECLARACIÓN JURADA DE OBRA SOCIAL/PRE- PAGA**

En……………………………….(lugar), a los…….días del mes……………………, de 20…, quien suscribe……………………………………………………………....(consignar nombres y apellidos completos).-

DNI:..........................................-

DOMICILIO:................................................................................................................-

TELÉFONO:........................................-

FECHA DE NACIMIENTO:...../……./………-

Declaro **NO** poseer Obra Social o estar Incluida/o en un sistema de salud Pre-Pago.-

FIRMA:

ACLARACIÓN:

Nº DNI: