

OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERIAS Y AFINES DE LA REPUBLICA ARGENTINA
RNOS 0-0060-4



SOLICITUD DE INGRESO BENEFICIARIOS
DECLARACIÓN JURADA

Buenos Aires / /

TITULAR

Apellido y Nombre CUIT/CUIL

DOMICILIO PARTICULAR

Calle Nº Piso Depto. C.P.

Localidad Teléfono/s Correo Electrónico @ D.N.I.

Provincia Nacionalidad Estado Civil Fecha Nac / /

DOMICILIO LABORAL

Empleador CUIT

Calle Nº Piso Depto. C.P.

Localidad Provincia Teléfono

PARENTESCO	APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO	FECHA NAC.	DOMICILIO	LOCALIDAD	TELÉFONO
------------	-------------------	-----------	------------	-----------	-----------	----------

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

Presto conformidad para que me realicen las retenciones legales, reglamentarias, contractuales y estatutarias vigentes. A los efectos legales que corresponda DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados son completos y veraces, respondiendo finalmente a la realidad, comprometiéndome a comunicar toda alteración que en el futuro se produzca en un lapso no mayor de 30 días.

Firma:

OBSERVACIONES:

Alsina 946/48, C1088AAB Buenos Aires, Argentina – Tel.: (54-11) 5235-9810 y rotativas
osalara@aleara.com.ar - www.aleara.com.ar

La presente Declaración Jurada de Antecedentes de Salud tiene por objeto dejar plenamente establecido su estado de Salud y el de su grupo familiar en ocasión de ingresar como beneficiario.

PO	ANTECEDENTES MÉDICOS-CONCEPTOS						Tipo Parentesco		
	Colocar SI o NO en cada casillero según corresponda.								
C O N G E N	A.-	CARDIACAS	1	2	3	4	5	6	1 - Titular 2 - Conyuge / Concubino 3 - 4 - 5 Hijo 6 - Otros
	B.-	NEUROLOGICAS							
	C.-	MUSCULARES ESQUELETICAS							
	D.-	OTRAS							
A D Q U I R I D A S	A.-	CARDIOVASCULARES - CARDIACAS							
	B.-	CARDIOVASCULARES VASCULARES							
	C.-	APARATO RESPIRATORIO							
	D.-	APARATO DIGESTIVO							
	E.-	NEUROLOGIAS - SISTEMA NERVIOSO CENTRAL							
	F.-	NEUROLOGIAS - SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO							
	G.-	GENITOURINARIAS - RENALES							
	H.-	GENITOURINARIAS - VIAS URINARIAS							
	I.-	GENITOURINARIAS - APARATO GENITAL							
	J.-	MUSCULO ESQUELETICAS							
	K.-	SANGRE Y ORGANOS LINFATICOS							
	L.-	ORGANOS DE LOS SENTIDOS - VISION							
	M.-	ORGANOS DE LOS SENTIDOS - AUDICION							
	N.-	PSIQUIATRICAS							
	O.-	GLANDULAR ^{ES}							
	P.-	OTRAS							
S I G N O S S E L E C C I O N A D O S	A.-	DIABETES							
	B.-	HIPERTENSION							
	C.-	ALERGIA							
	D.-	HIV-SIDA							
	E.-	ALTERACION DE LIPIDOS							
	F.-	ADICCION DROGAS / MEDICAMENTOS							
	G.-	ABUSO ALCOHOL							
	H.-	TABAQUISMO							
	I.-	TUMORES							
	J.-	INTERVENCIONES QUIRURGICAS							
	K.-	EMBARAZO ACTUAL							
	L.-	GESTOSIS							
	M.-	ABORTOS ESPONTANEOS							
	N.-	CESAREAS							
	O.-	POSEE ALGUNA DISCAPACIDAD INDIQUE CUAL:							
	P.-	POSEE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA INDIQUE CUAL:							
Q.-	OTROS:								
OBSERVACIONES: (Incluir medicamentos que consuma y en caso de intervenciones quirúrgicas especificar fecha)									

En caso de declarar alguna enfermedad crónica, completar en la obra social la planilla de cronicidad.

El Inscripto declara bajo juramento que la información precedente suministrada es auténtica y toma conocimiento que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no invalidará el contrato sin perjuicio del derecho de OSALARA a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las realizadas en la declaración jurada. OSALARA se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud.

Firma Titular	APROBADA	DENEGADA	Firma Médico Auditor