**Provincia de Tierra del Fuego,**
**Antártida e Islas del Atlántico Sur**
**Republica Argentina**
**Poder Legislativo**

# DECLARACIÓN JURADA FAMILIAR, A FINES DE ATENCIÓN MÉDICA

## Datos del agente

Apellido y Nombre:_____D.N.I:_____LegajoNº:_____
Domicilio
Actualizado:_____Ciudad:_____

Teléfono:_____Estado Civil:_____

## Grupo Familiar

***CONYUGUE O CONVIVIENTE***

Apellido y Nombre: _____D.N.I.:_____F. de Nacimiento:_____

***A los fines del artículo Nº 2, ANEXO I, DE RESOLUCION DE PRESIDENCIA Nº 1068/18, DECLARO BAJO JURAMENTO que los familiares a mi cargo son los siguientes:***

| Apellido y Nombre | D.N.I. | Fecha de Nacimiento | Parentesco |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Lugar y fecha: _____ Firma del Agente:……

Aclaración:……