

ANEXO 21

CARÁTULA DE INICIO DE TRÁMITE

• **DATOS A COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO**

Apellido y Nombre del Beneficiario				
	DNI	CUIL	Fecha de Nac	
Estado Civil	Domicilio Actual Cód Post, Localidad Provincia			
Tipo de Afiliación	Directo () – Monotributista () – Jubilado () – Otro ().....			
GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE				
Nombre y Apellido	Vínculo	Edad	Teléfono de contacto	Correo Electrónico
GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE / RED SOCIAL AMPLIADA				
Nombre y Apellido	Vínculo	Edad	Teléfono de contacto	Correo Electrónico
Nombre de la Empresa, CUIT, Domicilio y Fecha de Ingreso Laboral				

*** POR FAVOR COLOCAR EL PREJIFO DE LA ZONA DE RESIDENCIA E INDICAR SI ES
TELÉFONO FIJO O CELULAR.**

*** PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA FIRMA DE CONSTANCIA DE ASISTENCIA**

<u>Vínculo</u>	<u>Nombre y Apellido</u>	<u>Documento</u>	<u>Registro de Firma</u>
Responsable			
Responsable			