



DECLARACION JURADA PARA EL REINTEGRO DE CAPITAL SOCIAL INTEGRADO Y EL PAGO DEL FONDO DE AYUDA ECONOMICA Y EMERGENCIA MEDICA (FAEEM)

FICHA PERSONAL

TITULAR

APELLIDO Y NOMBRES..... DNI/LE/LC.....
 DOMICILIO..... B°.....
 LOCALIDAD..... PROVINCIA..... COD POSTAL..... TE.....
 FEC DE NAC/...../..... ESTADO CIVIL..... CANT HIJOS..... MAIL.....
 SITUACION DE REVISTA..... GRADO..... DESTINO..... CBU.....
 IOSE..... OSFA..... MATRICULA (MARINA).....

TITULAR SOLTERO (COMPLETAR SI LOS PADRES VIVEN)

PADRE - APELLIDO Y NOMBRES..... DNI/LE..... FEC DE NAC/...../.....
 MADRE - APELLIDO Y NOMBRES..... DNI/LE..... FEC DE NAC/...../.....
 DOMICILIO.....

TITULAR CASADO

CONYUGE

APELLIDO Y NOMBRES..... DNI/LC.....
 DOMICILIO..... B°..... LOCALIDAD.....
 PROVINCIA..... COD POSTAL..... TE..... FEC NAC/...../.....

HIJOS

NOMBRES.....	FEC NAC/...../.....	DNI.....	EST CIVIL.....
NOMBRES.....	FEC NAC/...../.....	DNI.....	EST CIVIL.....
NOMBRES.....	FEC NAC/...../.....	DNI.....	EST CIVIL.....
NOMBRES.....	FEC NAC/...../.....	DNI.....	EST CIVIL.....
NOMBRES.....	FEC NAC/...../.....	DNI.....	EST CIVIL.....
NOMBRES.....	FEC NAC/...../.....	DNI.....	EST CIVIL.....
NOMBRES.....	FEC NAC/...../.....	DNI.....	EST CIVIL.....
NOMBRES.....	FEC NAC/...../.....	DNI.....	EST CIVIL.....
NOMBRES.....	FEC NAC/...../.....	DNI.....	EST CIVIL.....
NOMBRES.....	FEC NAC/...../.....	DNI.....	EST CIVIL.....

DECLARACIÓN JURADA PARA EL REINTEGRO DE CAPITAL SOCIAL INTEGRADO Y EL PAGO DEL FONDO DE AYUDA ECONOMICA Y EMERGENCIA MÉDICA (FAEEM).

- **DECLARO COMO BENEFICIARIOS DE MI CAPITAL SOCIAL INTEGRADO A LA/S PERSONAS QUE A CONTINUACIÓN DETALLO:**

- APELLIDO Y NOMBRES:..... DNI: / LE / LC
- DOMICILIO:..... Nro:..... BARRIO:..... COD POSTAL:.....
- LOCALIDAD:..... PROVINCIA:..... PARENTESCO:.....
- APELLIDO Y NOMBRES:..... DNI – LE – LC:.....
- DOMICILIO:..... Nro:..... BARRIO:..... COD POSTAL:.....
- LOCALIDAD:..... PROVINCIA:..... PARENTESCO:.....
- APELLIDO Y NOMBRES:..... DNI – LE – LC:.....
- DOMICILIO:..... Nro:..... BARRIO:..... COD POSTAL:.....
- LOCALIDAD:..... PROVINCIA:..... PARENTESCO:.....
- **NOTA:**.....

- **DECLARO COMO DESTINATARIOS DE LOS BENEFICIOS QUE ESTABLECEN LAS NORMAS QUE RIGEN EL FONDO DE AYUDA ECONOMICA Y EMERGENCIA MEDICA (FAEEM) A LAS PERSONAS QUE A CONTINUACION SE DETALLAN:**

- APELLIDO Y NOMBRES:..... DNI – LE – LC:.....
- DOMICILIO:..... Nro:..... BARRIO:.....
- CODIGO POSTAL:..... LOCALIDAD:..... PROVINCIA:.....
- APELLIDO Y NOMBRES:..... DNI – LE – LC:.....
- DOMICILIO:..... Nro:..... BARRIO:.....
- CODIGO OSTAL:..... LOCALIDAD:..... PROVINCIA:.....
- APELLIDO Y NOMBRES:..... DNI – LE – LC:.....
- DOMICILIO:..... Nro:..... BARRIO:.....
- CODIGO OSTAL:..... LOCALIDAD:..... PROVINCIA:.....
- **NOTA:**.....

DECLARACION JURADA: DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS ANTERIORMENTE SON FIDEDIGNOS, AUTORIZANDO A QUE SE INCORPOREN A LA BASE DE DATOS DE LA COOPERATIVA. LOS MISMOS ESTAN DESTINADOS A LA IDENTIFICACION DEL CLIENTE/ASOCIADO, SIENDO DE NATURALEZA CONFIDENCIAL. ADEMÁS ME COMPROMETO A ACTUALIZARLOS ANTE CUALQUIER VARIACION DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS POSTERIORES DE OCURRIDA

Córdoba,..... de..... de 20.....

FIRMA SOLICITANTE:
 ACLARACION.....
 NRO ASOCIADO.....