



HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS
 DPTO. DE SALUD OCUPACIONAL
 MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE
 PROVINCIA DE SANTA CRUZ

DECLARACIÓN JURADA DE GRUPO FAMILIAR (PADRES, CONYUGE, HIJOS Y/O PERSONAS A CARGO)

APELLIDO Y NOMBRES.....
 D.N.I.....FECHA DE NACIMIENTO...../...../.....
 DOMICILIO.....
 MINISTERIO
 FUNCIÓN.....HORARIO JORNADA LABORAL.....
 SITUACIÓN LABORAL CONTRATADO..... PLANTA PERMANENTE.... SIN EST.....

APELLIDO	NOMBRE	VÍNCULO	DNI N°	FECHA DE NAC	EDAD	ESTUDIA	TRABAJA

Declaro bajo juramento que los datos consignados responden a la verdad. Tomo conocimiento que cualquier declaración falsa o inexistente dará lugar a la aplicación de las sanciones a que hubiera lugar.

Trayecto que realiza desde su domicilio al lugar de trabajo:.....

FECHA: