



Form.
PS.I.47

Asignación Universal - Salud, Educación y Declaración Jurada

Responsable:

CUIL

Apellido y Nombre

Menor:

CUIL

Apellido y Nombre

Complete Edad Menor: _____

Domicilio del Titular:

Calle:

Número:

Piso:

Depto:

Código Postal:

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

Email:

Es Celular?

Declaracion Jurada del Adulto Responsable

CUIL del Menor

Condicion Laboral:

Formal Informal
 Cuenta Propia Relacion de Dependencia
 Desempleado Servicio Domestico

Si Trabaja en el mercado Informal, o en el servicio Domestico, Indicar si el sueldo es menor que el salario

Mínimo, Vital y Movil: SI NO

Fecha

Firma y Aclaración del Adulto Responsable

Intervencion ANSES

NO RECORTAR

Vacunas y Controles de Salud

CUIL del Menor

Cumple con el/los Controles de Salud para su Edad

Nombre del Establecimiento de Salud

Código Establecimiento

Apellido y Nombre del Profesional Certificante

Tipo de Matricula Número de Matricula

Fecha

Firma y Sello del Profesional

Esquema de Vacunación para la Edad

Completo En Curso

Nombre del Establecimiento de Salud

Código Establecimiento

Apellido y Nombre del Profesional Certificante

Tipo de Matricula Número de Matricula

Fecha

Firma y Sello del Profesional

Educación

CUIL del Menor

Nº de Código Único del Establecimiento (CUE)

Nombre del Establecimiento de Educación

Gestión:

Estatal Nivel Inicial
 Privada Primario
 Otra Secundario
 Otro

¿Es alumno Regular en el presente Ciclo 20 ?

SI NO Grado/Año

¿Fue Alumno Regular en el ciclo Anterior 20 ?

SI NO

Fecha

Firma y Sello de la Autoridad del Establecimiento

Intervencion ANSES