

**FONDO SOLIDARIO (F.A.C.P.C.E.)
DECLARACION JURADA**

DATOS DEL TITULAR

Legajo Nro.: _____ **Matricula:** _____ **Consejo:** _____

Fecha de Alta: _____ **Fecha de graduación:** _____

Apellido y Nombre:

Tomo: _____ **Folio:** _____ **Fecha de Matrícula:** _____

Calle: _____ **Nro:** ___ **Medio N°:** ___ **Lat:** ___ **Piso:** ___ **Dpto:** ___

Partido: _____ **Localidad:** _____

Delegación: _____ **Código Postal** _____ **Teléfono** _____

Mail: _____

Ejercicio Profesional:

Dep.Pública Dep.Privada Independiente Mixta

Obras Sociales: _____

CBU _____

Estado:

Activo Suspendido Cancelado Jubilado Fallecido

CUIL / CUIT: _____

Nro de Documento: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Sexo: Femenino Masculino

Fecha de Casamiento: _____ **Fecha de Baja:** _____

DATOS DE FAMILIARES (CONYUGES E HIJOS)

Nombre	Parentesco	Incap.	Tipo Doc	NroDoc	F.Nacimiento	F.Alta	F.Baja	A Cargo	O.Social

Firma del Titular