

En la ciudad de _____ Dpto. de _____ a los _____ días del mes _____ del año _____.

Yo _____ identificado(a) con el tipo de documento de identificación _____

número _____ de _____ manifiesto libre y voluntariamente que:

1. La(s) persona(s) relacionada(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica:

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO Y NO. DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO

2. Declaro que el señor(a) _____ identificado(a) con el tipo de documento de identificación _____ número _____ de _____ es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace _____ años.

3. Declaro que mi(s) padre (madre)(s), relacionado(a)(s) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a)(s) a otra Caja de Compensación Familiar.

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

Firma del declarante

Doc. de identidad: _____

De: _____

Epacio reservado para Caja de Compensación