

Anexo 1.3 - Información del Beneficiario

- Datos a completar del Afiliado**

Apellido y Nombre		
DNI	N° CUIL	Fecha de Nacimiento
Tipo de afiliación Directo () Monotributista () Jubilado () Monotributista social () Servicio Doméstico ()		
Domicilio actual		
Código Postal	Localidad	Provincia
Apellido y Nombre de la madre		
Teléfono de contacto	Correo electrónico de contacto	
Apellido y Nombre del padre		
Teléfono de contacto	Correo electrónico de contacto	

- Personas autorizadas para la firma de constancias de asistencia:**

Vinculo	Nombre y Apellido	DNI	Firma
Beneficiario			
Madre			
Padre			
Otro - especificar			

Planilla para ser completada por el titular y o representante del menor