

DECLARACION JURADA - SUBSIDIO ASISTENCIA A LA PARENTALIDAD

APELLIDO/S Y NOMBRE/S:

MATRICULA:..... DNI

CUIT/CUIL:.....

DOMICILIO PROFESIONAL.....

LOCALIDAD..... PARTIDO

TELEFONO PARTICULAR/CELULAR

DIRECCION DE EMAIL.....

APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL/LA MENOR:.....

FECHA NACIMIENTO/ADOPCION:.....

DATOS GUARDERIA O ASISTENTE DE PERSONAS:

CUIT/CUIL GUARDERIA O ASISTENTE DE PERSONAS:

Declaro bajo juramento encontrarme dentro de las exigencias establecidas para el otorgamiento del Subsidio de Asistencia a la Parentalidad aprobado por Asamblea General Ordinaria del 2020 (arts. 69 a 79 del Reglamento de Subsidios), dado que mi empleador y del otro progenitor no provee el beneficio en cuestión. Asimismo asumo plena responsabilidad por la veracidad de los datos que aquí se suministran, notificando inmediatamente al Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires cualquier cambio o modificación en los datos aportados tanto en relación al ejercicio profesional como así también en cuanto a la cobertura del beneficio otorgado por otro/s medio/s o persona, sea la misma física o jurídica.-----

Firma

Aclaración

Fecha