

PROGRAMA ASISTENCIA ALIMENTARIA PARA PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS
REGISTRO DE MATRÍCULA DE TITULARES Y FORMULARIO DE ADHESION

(FORM. 1)

Establecimiento:
 Dirección: Localidad:
 Teléfono: N° de Interno:
 Nombre de referente servicio social:
 Telefono de referente Mail del referente:

****LA PRESENTE TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA****

I) DATOS DE TITULAR

N°	CUIL	APELLIDO	NOMBRES	FECHA de NACIMIENTO	A	B	C	D	DOMICILIO	ENTRE QUE CALLES	LOCALIDAD	TELEFONO DE CONTACTO	OTRO TELEFONO	MAIL
					IDENTIDAD de GÉNERO	SEXO	NACIONALIDAD	OCUPACIÓN						

II) DATOS DE LOS INTEGRANTES DEL NUCLEO FAMILIAR CONVIVIENTE

N°	DNI	APELLIDO	NOMBRES	E
				VINCULO/PARENTESCO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

III) DATOS DE ADULTO RESPONSABLE (en caso que corresponda)

CUIL	APELLIDO	NOMBRES	FECHA NACIMIENTO	VINCULO PARENTESCO

IV) DATOS DE ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN DE REFERENCIA EN TERRITORIO (en caso que corresponda)

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:	NOMBRE DE REFERENTE:	DOMICILIO	TELÉFONO DE CONTACTO	MAIL

TABLAS DE CÓDIGOS

(A) IDENTIDAD DE GÉNERO	(B) SEXO	(C) NACIONALIDAD		(D) OCUPACIÓN	(E) VINCULO/ PARENTESCOS
1. MUJER	1. MASCULINO	1. ARGENTINA	7. PARAGUAY	1. TRABAJO PERMANENTE	1. CONYUGE
2. MUJER TRANS	2. FEMENINO	2. BOLIVIA	8. PERÚ	2. TRABAJO TEMPORARIO	2. HIJOS/AS
3. VARON		3. BRASIL	9. URUGUAY	3. CHANGAS/JORNALERO	3. PADRES
4. VARON TRANS		4. CHILE	99. OTRO	4. DESOCUPADO /A	4. AMIGO/A
5. TRAVESTI	7. AGÉNERO	5. COLOMBIA		5. ESTUDIANTE	8. HERMANO/A
6. NO BINARIE	99. OTRE	6. ECUADOR		6. JUBILADO/PENS. 99.OTRO	99. OTRO

a) DEBERÁ SER FIRMADA POR MEDICO TRATANTE Y PROFESIONAL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE QUE SE TRATE.

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE

MATRICULA

NOMBRE RESPONSABLE DEL SERVICIO

MATRICULA

ACLARACION

ACLARACION

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

