

**Me comprometo a comunicar en forma fehaciente al domicilio en que funcione la Sede Central de la Obra Social de Agentes de Propaganda Médica de la República Argentina o a la Seccional de la misma que corresponda, toda modificación, variante o cambio de cualquier situación o vínculo familiar denunciado en la presente, todo ello sin perjuicio de cualquier averiguación que considere oportuna realizar la Obra Social, para lo cual desde ya comprometo toda mi colaboración. En caso de cese deberé realizar la devolución de los carnets, y de toda documentación referente a la Obra Social, dentro de los cinco días de determinada tal situación. Asimismo, declaro bajo juramento que son de mi conocimiento todas y cada una de las penalidades de cualquier índole que sancionan la falsedad u omisión en los datos o vínculos que en esta declaración se denuncian: Por ello, declaro bajo juramento que toda información que se consigna en la presente es exacta, completa y se avala con los comprobantes agregados a la misma, prestando también conformidad que en caso de falsedad, inexactitud u omisión me haga pasible de las penalidades provistas en los art. 172, 292 y 293 del Código Penal por delito de estafa y falsificación de documento, y/o acciones de tipo civil, o de cualquier índole que pudieran corresponder y sin derecho a reclamo alguno.**

Lugar y Fecha..... de 200.....

.....  
Firma del Titular

.....  
Aclaración

.....  
Vo. Bo. Sec. Gral. Seccional

.....  
Vo. Bo. Sec. O.S. Seccional

.....  
Sec. de Obra Social

.....  
Dto. Jurídico

.....  
Dto. Afiliaciones