

## ANEXO II

### DECLARACION JURADA ATENCION DE FAMILIAR A CARGO

**DATOS DEL AGENTE :**

A Y N..... DNI ..... FECHA NACIMIENTO.....  
DOMICILIO ..... Nº ..... COD POSTAL .....  
DEPARTAMENTO ..... PCIA .....  
PLANTA SI NO                      AREA DE TRABAJO ..... FUNCION.....

### REQUISITOS

**a) Licencia por Atención de familiar a cargo**

1. Hijos incapacitados y/o discapacitados a cargo del trabajador;
2. Los hijos del cónyuge o conviviente; menores otorgados a su guarda o tutela, siempre que haya sido acordada judicialmente
3. La persona a asistir por parte del estado, se podrán incorporar como familiar a cargo a los ascendientes en primer (padres del agente y/o hermanos solteros menores de 18 años) siempre que, por su estado de salud, requieran el cuidado del agente.
4. Para lo cual deberá presentar el formulario de DECLARACIÓN JURADA que forma parte como anexo 1 de la presente ley, avalado por autoridad competente (juez de paz lego, escribano público y/u otra autoridad judicial.)
5. La persona a asistir por parte del agente del familiar a cargo deberá presentar la DECLARACION JURADA OBJETO, de acuerdo a lo explicitado en el punto 4 precedente, y deberá reunir las siguientes condiciones:
  - Ser familiar en primer grado, cumpliendo los requisitos establecidos en el apartado a) del presente anexo.-
  - Ser familiar a cargo en un todo de acuerdo a lo expresado en el apartado nº 3 del presente anexo.
  - Ser familiar conviviente en unión conyugal, bajo declaración ante autoridad competente.
  - Ser sostén económico del familiar a cargo
  - Si el familiar a cargo se encuentra fuera de su habidad de convivencia podrá hacer uso de licencia sin goce de haberes
  - Ser el único familiar que lo puede asistir.

**DATOS FAMILIAR A CARGO**

A y N ..... DNI ..... EDAD .....

PADRE ( SI NO ) MADRE ( SI NO ) ADOPCIÓN ( SI NO ) CONVIVIENTE ( SI NO ) DECLARADO AUTORIDAD ( SI NO )

DOCUMENTACIÓN PROBATORIA DE CONVIVENCIA / DNI / CERTIFICADO DOMICILIO Y/O FOTOCOPIA DE AMBOS

DOMICILIO ..... Nº ..... COD POSTAL.....

POSEE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD .....

**SITUACIÓN DEL FAMILIAR A CARGO DATOS DE LA ENFERMEDAD**

DIAG: ..... INTERNADO ( SI NO ) EN DOMICILIO ( SI NO )

DOMICILIO DONDE SE ENCUENTRA ..... PCIA .....

AMBULATORIO ( SI NO ) POSTRADO ( SI NO ) HIJO/A ( SI NO ) HERMANA/O ( SI NO ) OTRO FAMILIAR ( SI NO )

ESTABLECIMIENTO DE INTERNACION.....

SALA COMUN ( SI NO ) HABITACIÓN Nº      UTI ( SI NO ) UCO ( SI NO ) TRAT ONCOLÓGICO ( SI NO )

DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: .....

PROVINCIA ..... COD POSTAL..... CONTACTO .....

FIRMA DEL AGENTE

FIRMA Y SELLO AUTORIDAD COMPETENTE

Nº 593