2° DECLARACIÓN JURADA DE EXENCIÓN DE COMPRA DE AUTOMÓVIL AÑO 2027

Completo y firmado por el afiliado/a con discapacidad, su familiar responsable o tutor/a.

Fecha: / /

Apellido y nombre del afiliado/a que recibe la prestación: _____

N° de afiliado/a: _____

Por medio de la presente, dejo constancia de que no he accedido al beneficio establecido por la Ley N 19279 y sus modificatorias, correspondiente a la adquisición de un automóvil bajo el régimen de franquicia automotriz.

Declaro que la información consignada en el presente documento es verdadera y tiene carácter de declaración jurada.

_____	_____	_____
Firma *(manuscrita)*	Aclaración	DNI

_____

Parentesco