



Anexo 8.1 - Encuesta Social

- **Datos a Completar del paciente (Quien Recibirá la prestación)**

Apellido y Nombre	
DNI	
Nº CUIL	
Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad	
Domicilio Actual	
Código Postal y Localidad	
Provincia	
Tipo de Afiliación	Directo () - Monotributista () - con Seguro de Desempleo ()
Correo electrónico de contacto	

- **Completar con los datos de contactos del Padre / Madre / Responsable o Tutor**

Apellido y Nombre	Teléfono	Parentesco

FIRMA DEL ADULTO RESPONSABLE:

ACLARACIÓN:

DNI:

PARENTESCO :