



**República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional**  
2019 - Año de la Exportación

**Proyecto de convenio**

**Número:**

**Referencia:** EX-2019-68500264- -APN-DD#MSYDS Convenio Tripartito.-

---

CONVENIO ENTRE LA SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD DE LA NACIÓN, EL RESPONSABLE JURISDICCIONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE /CABA Y EL/LA BECARIO/A PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS.-

Entre la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, representada en este acto por el Sr. Secretario de Gobierno Prof. Dr. Adolfo Luis Rubinstein, en adelante la “NACIÓN”, con domicilio en Av. 9 de julio n° 1925 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; el Responsable Jurisdiccional de Salud la Provincia de .... /CABA representada en este acto por .....D.N.I ....., en adelante la “JURISDICCIÓN”, con domicilio en.....,y el Sr/a....., D.N.I....., en adelante el/la “BECARIO/A”, con domicilio en....., quien se desempeñará como... , deciden celebrar el presente Convenio Beca de complemento.

En el marco de la implementación de la Cobertura Universal de Salud aprobada por Decreto N° 908/16 de fecha 3 de agosto de 2016, Resolución del entonces Ministerio de Salud de la Nación N° 475/16 de 6 de mayo de 2016, Resolución N° 1013/18 de fecha 28 de mayo de 2018, sus complementarias y modificatorias; y de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria de la Cobertura Universal de Salud, aprobada por Resolución de la Secretaría de Gobierno de Salud N° 32/2019 de fecha 9 de enero de 2019, sus complementarias; y la Resolución de la Secretaría de Gobierno de Salud N°880 de fecha 24 de mayo de 2019; sus complementarias y modificatorias.

Las partes se reconocen capacidad legal mutua para obligarse, y celebrar el presente Convenio para el desarrollo del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas a tenor de las siguientes cláusulas y condiciones:

**CLÁUSULA PRIMERA:** Objeto. El objetivo del presente Convenio es asegurar, en el marco de la COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (Decreto N° 908/16 y Resolución del entonces Ministerio de Salud de la Nación N° 475/16), y de la ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA de la COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (Resolución del registro de la SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD N° 32/2019) el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, a través del otorgamiento de becas financiadas por la NACIÓN.

Para ello, la NACIÓN, otorga a el/la BECARIO/A mediante el presente, una beca de capacitación, a

desarrollarse en el Establecimiento de Salud ..... de la localidad de....., Provincia de... /CABA.

**CLÁUSULA SEGUNDA: Objetivos Específicos.** Serán objetivos específicos del presente Convenio:

1. Fortalecer la estrategia territorial en comunidades indígenas con eje en la salud familiar y comunitaria.
2. Mejorar la accesibilidad de los habitantes de las comunidades indígenas al sistema público de salud.
3. Ampliar la cobertura y la calidad de atención de la población indígena en los Establecimientos del Primer Nivel de Atención.
4. Impulsar y fortalecer el trabajo comunitario, intersectorial y en redes locales en las comunidades indígenas desde una perspectiva intercultural.
5. Planificar y realizar actividades de prevención y promoción de la salud desde una perspectiva intercultural.
6. Capacitar a los Agentes Sanitarios Indígenas mediante educación permanente en servicio.
7. Aplicar los contenidos de las capacitaciones en su práctica diaria.
8. Generar información sociodemográfica de su población a cargo, incluyendo situaciones de vulnerabilidad.

**CLÁUSULA TERCERA: Gestión del Programa.** La NACIÓN será la responsable de la gestión general del PROGRAMA DE SALUD PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS, a través de LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA, de LA SECRETARIA DE COBERTURAS Y RECURSOS DE SALUD. La Jurisdicción será la encargada ejecutar el Programa a nivel local.

**CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones de la Nación.** Son obligaciones de la NACIÓN:

1. Transferir los fondos correspondientes a la beca de capacitación a una cuenta de titularidad del BECARIO/A.
2. Monitorear todas las actividades del Programa.
3. Ofrecer una serie de capacitaciones para los/as BECARIOS/AS a fin de mejorar y ampliar sus competencias, acorde a lo estipulado en el ANEXO II, el cual es parte integrante del presente.
4. Monitorear y evaluar el cumplimiento de las condiciones de permanencia establecidas para los/as BECARIOS/AS, conforme ANEXO I, el cual es parte integrante de la presente.
5. Monitorear a los/as BECARIOS/AS, con periodicidad cuatrimestral, a través de la evaluación del Informe Sanitario que se adjunta en el ANEXO I.
6. Establecer el formato de certificación de servicios a utilizar por la JURISDICCIÓN, a fin de garantizar la acreditación del cumplimiento de las obligaciones asumidas por los/as BECARIOS/AS.

**CLÁUSULA QUINTA: Obligaciones de la Jurisdicción.** Son obligaciones de la JURISDICCIÓN:

1. Nombrar a un Referente Jurisdiccional del Programa, cuya designación deberá contar con la aprobación de la NACIÓN.
2. Supervisar el cumplimiento del horario establecido para el/la BECARIO/A y mantener actualizada la declaración jurada atinente al mismo.

3. Asignar al BECARIO/A a un Establecimiento de Salud. Cualquier modificación en la afectación deberá contar con la previa conformidad de la NACIÓN.
4. Determinar el Área de Responsabilidad Sanitaria del establecimiento de salud del PNA, con la sub área a cargo del equipo nuclear y una micro área a cargo del agente sanitario indígena.
5. Garantizar las condiciones adecuadas para el desarrollo del Programa y de las actividades de capacitación.
6. Remitir a la NACIÓN, los datos estadísticos y cualquier otro tipo de información que la NACIÓN requiera, para el correcto seguimiento del Programa, incluyendo informes sobre el desempeño del BECARIO/A y los resultados de las actividades desarrolladas.
7. Notificar a la NACIÓN, por medio fehaciente dentro de un plazo de 48 horas de producido el evento, toda información relativa a altas, bajas y cualquier otra situación que concierna específicamente al/la BECARIO/A o al Programa en general.
8. Facilitar las tareas de relevamiento y monitoreo que periódicamente realizará la NACIÓN.
9. Monitorear el cumplimiento de las obligaciones asumidas por los/as BECARIOS/AS y aplicar, en caso de incumplimiento, y con la aprobación de la NACIÓN, las bajas conforme lo previsto en el ANEXO I del presente Convenio y en las condiciones en éste descritas.
10. Remitir trimestralmente la certificación de servicios de los/as BECARIOS/AS firmada por el responsable operativo jurisdiccional.
11. Remitir cuatrimestralmente los Informes sanitarios presentados por los/as BECARIOS/AS.
12. Garantizar un tiempo protegido para las horas de capacitación de los/as BECARIOS/AS; lo que deberá implicar la reserva de la cantidad de horas necesarias para dar cumplimiento a las 200 horas anuales de capacitación, en el tiempo de prestación de servicios.
13. Proveer las herramientas y garantizar las condiciones necesarias de acceso, para que los/as BECARIOS/AS realicen capacitaciones, incluyendo la Plataforma Virtual de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación.
14. Proponer a la Nación, al menos una propuesta por año, cursos de capacitación para incluir en la programación de capacitaciones, cumpliendo con las condiciones establecidos en el ANEXO II. La capacitación deberá ser dictada por la JURISDICCIÓN.
15. Consolidar y remitir datos de nominalización, georreferenciamiento y otras acciones en territorio que generen los Agentes Sanitarios Indígenas, según los sistemas de información que la NACIÓN determine.

**CLÁUSULA SEXTA:** Obligaciones del/la Becario/a. Son obligaciones del/la BECARIO/A:

1. Integrar donde hubiese Equipos de Salud Familiar y Comunitaria con población indígena a cargo con área de responsabilidad definida de un Establecimientos de Salud que la jurisdicción indique.
2. Tener responsabilidad sanitaria sobre las personas/familias de su micro área, con un número acordado y determinado con la jurisdicción de familias/personas a cargo, para desarrollar las actividades de promoción de la salud, asistencia y prevención de enfermedades, optando por alguna de las modalidades propuestas a continuación en acuerdo con la JURISDICCIÓN:

Modalidad 1: Cumplir 30 horas semanales.

Modalidad 2: Cumplir 15 horas semanales.

3. Completar la declaración jurada de horarios que se detalla como ANEXO III, el cual forma parte integrante del presente, y entregarla a la JURISDICCIÓN. Cualquier modificación deberá notificarse fehacientemente a ésta, dentro de un plazo de 48 horas hábiles de producida la misma. La JURISDICCIÓN deberá poner a disposición de la NACIÓN la mencionada declaración jurada.

4. Completar la carga horaria de capacitaciones requeridas anualmente o en la fracción que se establezca. (200 horas anuales).

5. Solicitar siempre autorización a la JURISDICCIÓN para cambiar de Establecimiento de Salud.

6. Realizar actividades junto a su equipo de salud y la comunidad para mejorar la calidad de vida de la población del área de responsabilidad sanitaria del Establecimiento de Salud asignado.

7. Planificar y realizar actividades de prevención y promoción de la salud desde una perspectiva intercultural.

8. Articular, en la JURISDICCIÓN, acciones sanitarias con programas vigentes, tanto municipales, jurisdiccionales como nacionales.

9. Generar información sociodemográfica de la población a cargo.

10. Cumplir con los requerimientos de información que la NACIÓN realice, bajo el formato y con la regularidad que el mismo estipule.

CLÁUSULA SÉPTIMA: Aval de la Comunidad. Para ser propuesto como Agente Sanitario Indígena se requerirá el aval firmado por la autoridad máxima de la comunidad en la cual el/la BECARIO/A se desempeñe, de acuerdo a lo estipulado en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, ratificada por Argentina en el año 1992.

CLÁUSULA OCTAVA: Modalidad de la Beca. Queda expresamente pactado que el aporte de la NACIÓN se implementa bajo la modalidad de beca de capacitación por lo cual queda excluida cualquier configuración o encuadre en el régimen de empleo público, relación laboral o contratación de obra o servicios por parte de la NACIÓN. Éste no asume responsabilidad alguna sobre aportes previsionales, cargas sociales, seguros de vida, enfermedad, accidentes de viaje u otros seguros que eventualmente pudieran corresponder o ser necesarios o convenientes para los profesionales contratados o dependientes de la JURISDICCIÓN en cumplimiento de este Convenio.

CLÁUSULA NOVENA: Cuestiones atinentes a la responsabilidad. La JURISDICCIÓN asume en forma exclusiva la total responsabilidad por las consecuencias derivadas de la actuación de los/las BECARIO/AS, y toda otra actividad vinculada con la ejecución del Programa en el ámbito de su actuación, así como de toda consecuencia dañosa derivada de las prácticas profesionales o no profesionales que desarrollen los/las BECARIOS/AS en los establecimientos públicos de salud designados, y del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de cualquier obligación emergente del presente Convenio.

La JURISDICCIÓN y el/la BECARIO/A adoptarán, por sí o por terceros, los recaudos suficientes para asumir las responsabilidades que se generen en el desarrollo del Programa, sin reclamo a la NACIÓN.

La JURISDICCIÓN mantendrá indemne a la NACIÓN por cualquier reclamo que esta última recibiera en virtud del presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA: Rescisión. Las partes se reservan la posibilidad de rescindir el presente Convenio mediante la notificación fehaciente a la otra parte, con una antelación no menor a los sesenta (60) días corridos.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: Resolución por incumplimiento. En caso de incumplimiento por parte de la JURISDICCIÓN de las obligaciones a su cargo, la NACIÓN intimará por medio fehaciente, otorgándole un plazo de sesenta (60) días corridos a fin de que ésta proceda a la ejecución de sus obligaciones incumplidas.

Para el caso de que, luego de la intimación establecida en el párrafo precedente, la JURISDICCIÓN no cumpliera con la ejecución de sus obligaciones, la NACIÓN podrá resolver el presente Convenio, sin necesidad de intimación ni interpelación judicial. En dicho caso, la financiación de los/las BECARIOS/AS quedará bajo la exclusiva responsabilidad de la JURISDICCIÓN.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: Resolución de conflictos. Ante cualquier conflicto sobre cuestiones derivadas del presente Convenio, las partes se obligan en primer término a resolver dichas cuestiones en sede Administrativa. En caso de no arribar a una solución, la jurisdicción a ser aplicable son los Tribunales Nacionales en lo Contencioso Administrativo Federal, con asiento en la Ciudad de Buenos Aires, renunciando las partes a cualquier otra jurisdicción que pudiese corresponder.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: Domicilio. Las partes constituyen domicilio en los indicados en el encabezamiento del presente, donde serán válidas las futuras comunicaciones que se cursen a todos los efectos.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: Vigencia. El presente acuerdo estará vigente desde el día 01 de Enero de 2020 hasta el día 31 de Diciembre de 2022.

En prueba de conformidad, se firman tres ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_ en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de 20\_\_\_\_.-

Anexo I. De los/as Becarios/as del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas.

Se entiende por BECARIOS/AS, a los/as agentes sanitarios indígenas financiados y capacitados por la NACIÓN, en los términos del presente Convenio.

Se entiende por REFERENTE JURISDICCIONAL aquella persona designada por la jurisdicción, con la conformidad de NACIÓN, cuya función será la de verificar el fiel cumplimiento de las obligaciones del becarios.

I. Condiciones de ingreso de los/as BECARIOS/AS.

1. Poseer aval firmado por la máxima autoridad de la comunidad indígena en la cual se desempeñará.
2. Desempeñarse en un establecimiento de salud preferentemente del PNA, con población asignada.
3. Suscribir el acuerdo entre la NACIÓN, JURISDICCIÓN y el/la BECARIO/A.

II. Condiciones de permanencia de los /as Becarios/as.

4. Completar la carga horaria de capacitaciones requeridas anualmente o en la fracción que se establezca.
5. Realizar y remitir cuatrimestralmente el informe socio sanitario requerido en formato electrónico, del área de responsabilidad.

### III. Condiciones de Licencias.

Se aplicará el régimen de licencias que corresponda, según la normativa aplicable en la JURISDICCIÓN, debiendo cumplir la carga horaria anual de capacitación.

### IV. Condiciones de bajas a los/as BECARIOS/as.

A los fines del presente título, podrán alegarse alternativamente cualquiera de las causales que se detallan a continuación.

1. Incumplimiento o cumplimiento deficitario de las obligaciones establecidas en el presente convenio.
2. Trato inapropiado a la autoridad, integrantes del equipo o comunidad.
3. Incumplimiento reiterado del horario declarado.
4. Incumplimiento de los objetivos específicos del Programa.
5. Incumplimiento de las actividades de capacitación.
6. Abandono injustificado del establecimiento de salud asignado.
7. Cambio de establecimiento asignado sin aprobación de NACIÓN.

La NACIÓN se reserva el derecho de dar de baja al/la BECARIO/A sin expresión de causa notificando su decisión con una antelación de cuarenta y cinco (45) días corridos a la JURISDICCIÓN; la misma en un plazo de 48 horas deberá notificar al BECARIO/A.

### V. Informe Sanitario.

Cuatrimestralmente el/la BECARIO/A deberá presentar al Responsable jurisdiccional el siguiente Informe sanitario, en formato electrónico de acuerdo al requerimiento de NACIÓN:

| Variables   | Detalle    |
|---|------------|
| Provincia   |            |
| Región o Zona Sanitaria/ Área Operativa   |            |
| Departamento/Municipio  |            |
| Localidad   |            |
| Tipo de Establecimiento de Salud  |            |
| Nombre del Establecimiento de Salud   |            |
| Código SISA del Establecimiento (REFES)   |            |
| Responsable del Establecimiento   |            |
| Nómina de Agentes Sanitarios Indígenas  |            |
| Cantidad de capacitaciones recibidas por los agentes Sanitarios   |            |
| Población nominal a cargo del establecimiento *3  |            |
| Población adscripta a cada agente Sanitario Indígena  | habitantes |
| Cantidad de niños con controles de salud realizados por el Agente Sanitario Indígena (menores de 10 años) | habitantes |
| Porcentaje de niños adscriptos con controles de salud (menores de 10 años)                                |            |

|   |   |
|---|---|
| (Cantidad de niños adscriptos con controles de salud/Total de niños adscriptos)                           |   |
| Cantidad de controles de salud de adolescentes realizados por Agente Sanitario Indígena (de 10 a 19 años) |   |
| Porcentaje de adolescentes adscriptos con controles de salud (de 10 a 19 años)                            | % |
| (Cantidad de adolescentes adscriptos con controles de salud/Total de adolescentes adscriptos)             |   |
| Cantidad de controles de salud de adultos (de 19 a 64 años) realizados por el Agente Sanitario Indígena   | ) |
| Porcentaje de adultos adscriptos con controles de salud (de 19 a 64 años)                                 | % |
| (Cantidad de adultos adscriptos con controles de salud/Total de adultos adscriptos)                       | % |
| Cantidad de embarazos con controles realizados por el Agente Sanitario Indígena                           |   |
| Porcentaje de embarazadas adscriptas con controles  |   |
| (Cantidad de embarazadas adscriptas con controles/Total de embarazadas adscriptas)                        | % |
| Cantidad de derivaciones y turnos programados   |   |
| Cantidad de consultorías Interculturales  |   |
| Cantidad de vacunas aplicadas y controles de carnet   |   |
|   |   |

## Anexo II. De la capacitación de los/as BECARIOS/AS Modalidad de las capacitaciones.

Las instancias de la capacitación permanente en servicio podrán ser presenciales, semi-presenciales o virtuales de acuerdo a la disponibilidad de oferta del Organismo que las dicte.

### Carga horaria anual

Se requerirá un mínimo de horas (200 horas reloj). Deberá completarse de acuerdo a la estructura que determine la NACIÓN. En los casos en que los/as BECARIOS/AS ingresen al Programa por un período menor al año, la carga de capacitación se reducirá proporcionalmente.

### Capacitaciones

La NACIÓN presentará una serie de capacitaciones, la cual se actualizará semestralmente y estará disponible en la Plataforma Virtual de Salud <https://www.plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/>.

Cada jurisdicción deberá incluir como mínimo una oferta propia, la que deberá ser aprobada por la NACIÓN, a través de la evaluación que realice la Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria y el Programa nacional de Salud para los Pueblos Indígenas, quienes evaluarán la modalidad de cursada, carga

horaria, la temática y contenidos de la misma.

#### Estructura

La NACIÓN determinará anualmente cuál/cuáles capacitaciones de las ofrecidas por serán obligatorias.

La NACIÓN oportunamente evaluará la inclusión de capacitaciones externas presentadas por los/as BECARIOS/AS que les permitan acreditar horas de capacitación.

Las capacitaciones realizadas por los/as BECARIOS/AS que acrediten horas en el Programa, deberán haber sido finalizadas dentro de los últimos 3 años, previos a la fecha de acreditación.

#### Monitoreo

La Dirección Nacional de Salud familiar y Comunitaria articulará con los responsables jurisdiccionales y con los organismos que brindan las diferentes capacitaciones, con el fin de realizar un monitoreo de la situación de los/as BECARIOS/AS. Esta acción se realizará como mínimo semestralmente.

#### Regularidad

En caso de que algún/a BECARIO/A no cumpla con las 200 horas anuales de capacitación, se lo intimará a que las cumpla.

#### Evaluación

Al finalizar cada año se propone que los/as BECARIOS/AS completen una encuesta, centrada en la reflexión sobre la utilidad de las capacitaciones cursadas.

#### Anexo III-Declaración Jurada de Horarios.

Los datos especificados en el presente anexo tienen carácter de declaración jurada. La constatación de datos no fidedignos es motivo de baja del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas.

Instructivo: Completar con letra clara y en imprenta la siguiente información:

1. PROVINCIA/ JURISDICCIÓN:.....

2. MUNICIPIO:.....

3. APELLIDO (s): .....

4. NOMBRE (s): .....

5. TIPO: DNI/ C.I/ L.E. N° DOCUMENTO: .....

6. TELÉFONO DE CONTACTO:.....

7. CORREO ELECTRÓNICO:.....

8. Indicar si tiene otra fuente de financiación pública, especificando la modalidad de contratación en cada caso (Ej: Planta transitoria, planta permanente, locación de servicio, etc.) y la carga horaria que figura en el correspondiente contrato.

Marcar con un círculo la respuesta correcta:



MUNICIPAL SI NO Modalidad de contratación: ..... Carga horaria semanal: .....

PROVINCIAL/CABA SI NO Modalidad de contratación: ..... Carga horaria semanal: .....

9. En su caso, detalle la distribución de la carga horaria del contrato especificado en el punto precedente:

| DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA HORARIA |       |        |           |        |         |        |
|----------------------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| LUGAR                            | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|                                  |       |        |           |        |         |        |
|                                  |       |        |           |        |         |        |

10. Marque con un círculo la modalidad seleccionada para el Programa

30 hs Semanales            15 hs Semanales

11. ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA HORARIA SELECCIONADA EN EL PUNTO PRECEDENTE:

Completar la franja horaria que cumple según actividad y según día (Ej: Lunes 8- 13 hs). Esta información será utilizada para realizar las auditorías correspondientes. El horario declarado debe ser exclusivo del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas y no debe haber superposición horaria con otro contrato municipal, provincial o de CABA, y/o nacional.

| ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD |       |        |           |        |         |        |
|---|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD                          | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|   |       |        |           |        |         |        |
|   |       |        |           |        |         |        |
|   |       |        |           |        |         |        |

ESTA FICHA TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

FIRMA Y ACLARACIÓN

Anexo IV- Importe de Becas.

Las becas correspondientes según el perfil del/la BECARIO/A que haya seleccionado la Modalidad 1 (Cláusula Sexta inciso 1) se detallan a continuación:

| Perfil                    | Monto a percibir |
|---------------------------|------------------|
| Agente Sanitario Indígena | \$10.000         |

Las becas correspondientes según el perfil del/la BECARIO/A que haya seleccionado la Modalidad 2

(Cláusula Sexta inciso 1) se detallan a continuación:

| Perfil                     | Monto a percibir |
|----------------------------|------------------|
| Agente Sanitario Indígenas | \$5.000          |

## SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD DE LA NACIÓN

Programa Nacional Salud para los Pueblos Indígenas

Ficha Personal

Los datos especificados a continuación tienen carácter de declaración jurada.

1. APELLIDO (s): .....
2. NOMBRE (s): .....
3. TIPO: DNI N° DOCUMENTO: .....
4. PERFIL .....
5. FECHA DE NACIMIENTO: .....
6. C.U.I.L.: .....
7. NACIONALIDAD: .....
8. DOMICILIO PARTICULAR ACTUAL: .....
- a. LOCALIDAD: .....
- b. PROVINCIA: .....
- c. CODIGO POSTAL: .....
9. DOMICILIO ALTERNATIVO: .....
- d. LOCALIDAD: .....
- e. PROVINCIA: .....
- f. CODIGO POSTAL.....
10. TELÉFONO DE CONTACTO.....
11. CORREO ELECTRÓNICO.....

FIRMA Y ACLARACIÓN

