**VIAJE A LAS ISLAS MALVINAS**

**CONVOCATORIA AÑO 2020**

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN REGISTRO DE POSTULANTE**

**FAMILIARES DE CAÍDOS EN LA GUERRA DE MALVINAS**

**San Juan,……. de ……………………….. de 2019.-**

**Sr. Ministro de Gobierno de la Provincia de San Juan**

**Dr. Emilio Javier Baistrocchi**

**S. / D.**

Quien suscribe, Sr/a: ………………….……………………..

……………………………………………….……, DNI. N° ……………………………………… , Familiar del Caído en la Guerra de Malvinas, Sr………………………………………………………, DNI N° ……………………….. ,se dirige a Ud. a fin de solicitar se me incluya en la nómina de Familiares Postulantes para realizar el viaje a las Islas Malvinas, de la misma manera, acepto las condiciones establecidas por el Gobierno de la Provincia de San Juan para la realización del viaje, como así también los resultados del sorteo de las vacante dispuestas para el viaje del Familiar del Sanjuanino Caído en Malvinas, residente en la Provincia de San Juan, que surja en cada convocatoria.

 Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

* ***DECLARO BAJO JURAMENTO*** *que los datos consignados en la presente solicitud se ajustan estrictamente a la verdad y me comprometo a comunicar cualquier modificación en los mismos inmediatamente producida. Si incurriera en falsedad en esta declaración, acepto la sanción que me corresponda, además de la caducidad del pedido realizado.*

 Firma: ………………………………

**\*PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA DIRECCIÓN DE RELACIONES DE CULTO Y ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES:**

**SORTEO DE VACANTE**

**FAMILIAR DE SANJUANINO CAÍDO EN LA GUERRA DE MALVINAS**

**FECHA: ……….. / ………** **/……………… HORA: …………………..**

**NÚMERO ASIGNADO PARA EL SORTEO: …………………………………………………………….**

**FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL ÁREA: ………………….………………………………..**

**NOTIFICACIÓN DEL NÚMERO OTORGADO PARA EL SORTEO:**

**CONFORMIDAD DEL SOLICITANTE: FIRMA: …………………………………**

**DATOS PERSONALES DEL FAMILIAR DEL SANJUANINO CAÍDO EN LA**

**GUERRA DE MALVINAS**

NOMBRE Y APELLIDO: ………………………….……………………………………………….

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: ……………………………………………………….….

FECHA DE NACIMIENTO: ….. /….. /…….….. EDAD: …………………………….

LUGAR DE NACIMIENTO: DPTO………………………… PROVINCIA: …………..…………

DOMICILIO ACTUAL: …………………………………………………….………….…………….

NUMERO DE TELÉFONO: …………………………………………………………………….….

CORREO ELECTRÓNICO: …………………………………………………………………….….

NOMBRE DEL FAMILIAR CAÍDO EN LA GUERRA DE MALVINAS: ………………………....

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL FAMILIAR CAÍDO EN LA GUERRA DE MALVINAS:

VÍNCULO FAMILIAR CON EL SANJUANINO CAÍDO EN LA GUERRA DE MALVINAS: ………………………………………………………………………………………………………….

CATEGORÍA DE RESIDENCIA (MARQUE SEGÚN CORRESPONDA)

 NATIVO RESIDENTE EN LA PROVINCIA DE SAN JUAN

 NO NATIVO, RESIDENTE EN LA PROVINCIA DE SAN JUAN

HA REALIZADO CON ANTERIORIDAD UNO O MÁS VIAJES A LAS ISLAS MALVINAS:

SI – NO (Tache lo que no Corresponda).

EN CASO DE SER AFIRMATIVO MENCIONAR EN QUE CONDICION LO HIZO: ……………………………………………………………………………………….……

ES BENEFICIARIO DE PENSIÓN Y/O SUBSIDIO DEL ESTADO? (MARQUE LO QUE CORRESPONDA).

 SI NO

EN CASO DE PERCIBIR PENSIÓN O SUBSIDIO DEL ESTADO (Indique cual):

………………………………………………………………………………………………………..

OBRA SOCIAL QUE POSEE: ………………………………...………………………………….

POSEE ANTECEDENTES PENALES? SI – NO (marque lo que corresponda).

POSEE JUICIOS CONTRA EL ESTADO PROVINCIAL? SI – NO (marque lo que corresponda).

**PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:**

NOMBRE Y APELLIDO: …………………………………………………………………………….

INDIQUE SU VÍNCULO FAMILIAR: ………………………………………….……………………

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: …………………………………………………………….

DOMICILIO: ……………………………………………………………………………….………….

TELEFONO: ………………………………………………………………………………………….

* **NOTA: LA PRESENTE INSCRIPCIÓN REVISTE EL CARÁCTER DE DECLARACION JURADA, TENGASE EN CUENTA QUE EL PRESENTE FORMULARIO QUEDARÁ SIN EFECTO EN CASO DE NO PRESENTAR PERSONALMENTE LA INSCRIPCIÓN DEFINITIVA EN EL MINISTERIO DE GOBIERNO DE SAN JUAN, EN FECHA A DETERMINAR, ACOMPAÑADA DE LA DOCUMENTACIÓN DETALLADA EN EL INSTRUCTIVO (COPIA CERTIFICADA DE DNI, CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO DEL FAMILIAR CAÍDO EN LA GUERRA DE MALVINAS, ACREDITACIÓN DEL VÍNCULO FAMILIAR CON EL SANJUANINO CAÍDO EN LA GUERRA DE MALVINAS Y ACREDITACIÓN DE RESIDENCIA MAYOR A CINCO AÑOS EN LA PROVINCIA DE SAN JUAN).**

Firma: ………………………………