INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SEGUROS

SERVICIO DE OBRA SOCIAL

FICHA AFILIATORIA

IMPORTANTE: LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA PRESENTE FICHA AFILIATORIA ES REQUISITO IMPRESCINDIBLE PARA COMENZAR A GOZAR DE LAS PRESTACIONES

AFILIADO Nº

APELLIDOS Y NOMBRES

APELLIDO DE CASADA

NACIONALIDAD

DOMICILIO

NUMERO

PISO

DTO

LOCALIDAD

TELEFONO

REPARTICION

LUGAR DE TRABAJO

1) PERMANENTE: 2) TRANSITORIO: 3) JUBILADO: 4) PENSIONADO:

FECHA DE INGRESO EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DIA MES AÑO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO NRO: SEXO: F M

FECHA DE NACIMIENTO: DIA MES AÑO VIVIENDA: ALQUILA PROPIA

ESTADO CIVIL: SOLTERO VIUDO SEPARADO CASADO CONCUBINO

AFILIADO A AMEP SI NO Nº CUIL

GRUPO FAMILIAR QUE SE DECLARA

APELLIDO Y NOMBRES	DOCUMENTO		FECHA DE NAC			SEXO		ESTADO CIVIL		NACIONALIDAD
	TIPO	NUMERO	Dia	Mes	Año	F	M	S	C	

SR. AFILIADO En caso de modificar algún dato por Ud. consignado, en esta Ficha (Ej: cambio de domicilio) una vez entregada la misma, solicitamos nos haga llegar la novedad a la mayor brevedad posible, a nuestra oficina más próxima a su domicilio.

CERTIFICACIÓN REPARTICIÓN EMPLEADOR

FIRMA DEL AFILIADO DIRECTO