



Chubut ISSys

Instituto de Seguridad Social
y Seguros del Chubut

Gobierno de la Provincia del Chubut

B. Rivadavia 430 - Rawson | 280 4482453 | Línea de atención gratuita: 0800 999 2500 | www.issys.gov.ar

FICHA AFILIATORIA

SOL.ABM. N°:.....

APELLIDO Y NOMBRE :

DNI N° :NACIONALIDAD :

FECHA DE NACIMIENTO :/...../..... SEXO : M F

ESTADO CIVIL : N° CUIL :

TELÉFONO : TEL. ALTERNATIVO :

DOMICILIO : LOCALIDAD :

MAIL :

FECHA DE INGRESO EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA :/...../.....

EMPLEADOR :

GRUPO FAMILIAR QUE SE DECLARA

APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO	SEXO		PARENTESCO
			M	F	

SR. AFILIADO: Una vez entregada esta ficha, en caso de existir alguna modificación de los datos consignados en la misma, solicitamos nos haga llegar la novedad a la mayor brevedad posible por correo electrónico (convenios@issys.gov.ar) o acercándose a la oficina del ISSyS más próxima a su domicilio.

CERTIFICACIÓN REPARTICIÓN EMPLEADOR:

.....

FIRMA DEL SOLICITANTE

Certifico que la **FIRMA/Impresión Digital** que antecede, ha sido puesta en mi presencia y corresponde a :

.....

FECHA:/...../.....

.....

FIRMA DEL AGENTE ISSYS