

FICHA AFILIATORIA

SOL.AMB.N°:.....

APELLIDO Y NOMBRE:
DNI N°: NACIONALIDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... SEXO: M ☐ F ☐
ESTADOCIVIL: N° DE 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 DE NACIMIENTO	SEXO		PARENTESCO
			F	M	

La presente solicitud de afiliación como los datos consignados en el presente, tienen caracter de DECLARACIÓN JURADA.
El suscripto declara conocer la reglamentación del articulo 9° de la Ley XVIII N° 12, prestando conformidad a la adhesión de la misma y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud de la presente declaración jurada, deliberada o no, invalidará la presente afiliación sin perjuicio del derecho de SEROS a iniciar acciones civiles y penales (Art. 172 del Código Penal de la Nación Argentina) que pudiera corresponder. El trámite de renovación es exclusiva responsabilidad del titular de la Obra Social, encontrándose excento el Instituto de la falta de presentación en los plazos establecidos. Una vez entregado el presente formulario, en caso de existir alguna modificación de los datos consignados en el mismo, solicitamos nos haga llegar la novedad 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