

Datos del titular

Afiliado N° _____ Fecha: ____/____/____
Apellido y Nombre _____ Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Domicilio (calle, número, barrio y localidad) _____
Teléfono celular _____ Teléfono fijo _____

Datos del familiar a ingresar

Apellido y Nombre _____
Parentesco con el titular _____
CUIL/DNI _____ Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐
Fecha de Nacimiento _____
Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐
Domicilio (calle, número, barrio y localidad) Especificar en el caso de que sea diferente al domicilio del titular _____
Teléfono celular _____ Teléfono fijo _____
Correo electrónico _____
¿Desarrolla alguna actividad en relación de dependencia? SI NO
¿Aporta como monotributista? SI NO ¿Aporta como autónomo? SI NO (Adjuntar comprobante de pago)
¿Es jubilado, pensionado, retirado nacional o de otra provincia? SI NO
¿Posee obra social obligatoria? SI NO
¿Cuál? _____

- CONOZCO Y ACEPTO EL APOORTE MENSUAL A ABONAR POR LA INCORPORACIÓN DE MI FAMILIAR, SUJETO A LOS AJUSTES PERIÓDICOS DISPUESTOS POR RESOLUCIÓN DEL DIRECTORIO DE A.PRO.S.S., COMO ASIMISMO ACEPTO QUE EL PRIMER Y SEGUNDO APOORTE ME SEAN DEBITADOS DENTRO DEL SEGUNDO RECIBO DE HABERES POSTERIOR A LA INCORPORACIÓN.
- CONOZCO Y ACEPTO EL RÉGIMEN DE CARENCIAS EN CASO DE RESULTAR APLICABLE EN ÉSTA INCORPORACIÓN
- ACEPTO MANTENER LA AFILIACIÓN OBLIGATORIA DE MI NIETO MENOR POR EL TÉRMINO DE 24 MESES CONTINUOS E ININTERRUMPIDOS DESDE ÉSTA INCORPORACIÓN
- CONOZCO Y ACEPTO LA OBLIGACIÓN DE RENOVAR LA AFILIACIÓN DEL FAMILIAR A CARGO INCORPORADO EN CASO DE CORRESPONDER, PRESTANDO CONFORMIDAD A LA DEDUCCIÓN DEL APOORTE MENSUAL A ABONARSE EN EL SUPUESTO DE NO SATISFACER CON DICHA OBLIGACIÓN.
- CONOZCO Y ACEPTO LOS EFECTOS QUE TRAE APAREJADOS LA PRESENTE SOLICITUD

Firma del Titular

Declaro bajo juramento que los datos e información precedentes son totalmente exactos y veraces sometiéndome a su verificación y haciéndome responsable de toda informalidad que pudiera dar lugar a transgresiones al régimen legal (Art. N°293 del Código Penal) y reglamentación específica de Apress las que declaro conocer.

IMPORTANTE: El certificante deberá verificar la autenticidad y corrección de los datos con la documentación respectiva, asumiendo plena responsabilidad en forma conjunta con el declarante.

Firma del Titular

Firma y sello del Certificante