

D.N.I.  1  
 Pasaporte  2  
 Otros  3

1. Tipo de Documento

2. N°de Doc. de Identidad

3. Apellido y Nombre

4. Fecha de Nacimiento

5. Sexo:  
 Masculino (1)   
 Femenino (2)

Permanente o Titular	Concejal no Remunerado
Interino	Concejal Remunerado
Suplente	Jubilados
Contratado	Pensionados
6. Situación de Revista	Cargo Político

7. Lugar de Trabajo

Domicilio Afiliado (calle, número y barrio)

Localidad  Teléfono  Celular  Correo Electrónico

Provincia  Departamento  Estado Civil: Soltero  Divorciado   
 Casado  Separado   
 Viudo

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 del Apross las que declaro conocer.

Grupo Familiar a cargo (Apellidos y Nombres)	Parentesco	Fecha de Nacimiento			Documento de Identidad		Sexo		Estado Civil
		Fecha	Mes	Año	Tipo	Número	M	F	

Observaciones desde.....hasta..... Si reviste como contratado, suplente o interino, consigue el inicio y término del período (que deberá ser continuo y mayor a 90 días)

- CONOZCO Y ACEPTO EL APORTE MENSUAL A ABONAR POR LA INCORPORACIÓN DE MI FAMILIAR, SUJETO A LOS AJUSTES PERIÓDICOS DISPUESTOS POR RESOLUCIÓN DEL DIRECTORIO DE LA A.PRO.S.S. , COMO ASIMISMO ACEPTO QUE EL PRIMER Y SEGUNDO APORTE 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 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 APORTE MENSUAL A ABONARSE EN EL SUPUESTO DE NO SATISFACER CON DICHA OBLIGACIÓN.
- CONOZCO Y ACEPTO LOS EFECTOS QUE TRAE APAREJADOS LA PRESENTE SOLICITUD.

.....  
 Lugar y fecha  Firma del Afiliado Titular  Sello Repartición  Firma y Sello del Certificante

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.