

**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 APORTE 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 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 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 APORTE 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 Apross 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