

FICHA AFILIATORIA

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

Masculino (1)

Femenino (2)

Permanente o Titular

Interino

Suplente

Contratado

Concejal no Remunerado

Concejal Remunerado

Jubilados

Pensionados

Cargo Político

5. Sexo

6. Situación de Revista

7. Lugar de Trabajo

CUIL N°

Domicilio Afiliado (calle, número y barrio)

Localidad

Teléfono

Celular

Correo Electrónico

Provincia

Departamento

Soltero

Casado

Viudo

Divorciado

Separado

Estado Civil

Declaro bajo juramento que los datos e información precedentes son totalmente exactos y veraces sometiénndose 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 Apros las que declaro conocer.

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

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