

# SOLICITUD DE AFILIACIÓN

---

## N° DE INSCRIPCIÓN



Solicito mi afiliación a la Asociación Personal del Instituto de Seguridad Social y Seguros. Declaro conocer los estatutos de la organización y me comprometo a aceptarlos, cumplirlos, hacerlos cumplir fielmente y se me descuenta el 2% de mis haberes.

### INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDO		NOMBRES		
NACIMIENTO / /		NACIONALIDAD		
DNI		ESTADO CIVIL		
DOMICILIO	PISO	N°	DPTO.	
LOCALIDAD	PROVINCIA		CP.	
TEL.	CEL.	MAIL:		

### GRUPO FAMILIAR A CARGO

PARENTESCO	APELLIDO Y NOMBRE	NACIMIENTO	SEXO	DNI	GRADO ESCOLAR
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

### DATOS LABORALES

EMPRESA		CUIT EMPLEADOR		
LEGAJO		MAIL INST.		
CATEGORÍA		PROFESIÓN		
GERENCIA/DIRECCIÓN				
INGRESO		TEL. OFICINA		
DOMICILIO	PISO	N°	CP.	
LOCALIDAD	PROVINCIA			

**APROBADO POR:**  
**INGRESO APROBADO EL:**

**FIRMA**

**ACLARACIÓN**