



AFILIACION

ASOCIACIÓN DEL PERSONAL
DE LOS ORGANISMOS DE
PREVISIÓN SOCIAL

VIAMONTE 1654 - TEL. (011) 5544 - 8300

Datos Personales	Apellido y Nombre:			N° Legajo:		
	Fecha de Nacimiento:			Estado Civil:		
	Tipo y N° Doc.:			Domicilio:		
	N°:	Piso:	Dpto.:	Provincia:		
	Localidad:			C. P.:	Teléfono:	
	Celular/Otro:			Correo Electrónico:		

Lugar de Trabajo	Edificio/Udai:			Localidad:		
	Domicilio:			N°:	C. P.:	
	Teléfono:		Correo Electrónico:			
	Gerencia:			Area o Udai:		
	Cargo o Función:			Categoría:		
	(*)	Planta Permanente		(*)	Planta Transitoria	

(*) Marque con (X) lo que corresponda

Datos Familiares	Dato de Esposa y/o Esposo o (Conviviente)					
	Apellido y Nombre:					
	Tipo y N° Doc.:			Fecha de Nacimiento:		
	Datos de Hijos					
	Apellido/s y Nombre/s		Tipo y N° Doc.		Fecha de Nacimiento	

Autorizo a la Administración Nacional de Seguridad Social a que del importe total mensual que percibo, se me descuenta el 3 % en calidad de afiliado a esta Asociación Sindical. Por la presente declaro que los datos expuestos con anterioridad, son fieles y veraces, otorgando mi total consentimiento.

FECHA DE PRESENTACION:/...../.....

.....
FIRMA Y ACLARACION