



FICHA DE AFILIACIÓN

Apellido:..... Nombres:.....

Doc. Ident. DNI L.C. L.E. N°:..... Fecha Nac.:/...../.....Estado Civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Nacionalidad:.....

Domicilio:.....N°.....Localidad:.....

Distrito..... Provincia:..... CP:..... Tel.:.....

Celular:..... N° Afiliado IOMA :..... Email.....

EXCLUSIVAMENTE PARA AFILIADOS JUBILADOS N° de Jubilación :.....

ESTABLECIMIENTO DONDE PRESTA SERVICIOS

ESTATAL

Esc.: ____ N°: ____ Nombre: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ Tel.: _____

Cargo: _____ Nivel / Modal.: _____

Secuencia N°: _____ Sit. Rev.: _____

Distrito: _____

PRIVADA

N° de DIPREGEP de Escuela: _____

Nombre: _____

Dirección _____

Localidad: _____ Tel.: _____

Cargo: _____ Sit. Rev.: _____ Nivel / Modal.: _____

PAGO DE APORTES SINDICALESEn Sede Descuento por escuela

COSEGURO MÉDICO - GRUPO FAMILIAR

FILIACIÓN	APELLIDO Y NOMBRES	N° DE DOCUMENTO	N° DE IOMA	FECHA NAC.

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente ficha de afiliación son correctos y completos y que he confeccionado la presente sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad. Solicito se descuenta de mis haberes, activo (DGCyE) o jubilado (IPS) y/o por medios electrónicos de pago legalmente autorizados, los importes de cuota sindical y de coseguro, correspondientes conforme hayan sido establecidos por UDOCBA.

LUGAR y FECHA

FIRMA AFILIADO

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente ficha de afiliación son correctos y completos y que he confeccionado la presente sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad. Solicito se descuenta de mis haberes, activo (DGCyE) o jubilado (IPS) y/o por medios electrónicos de pago legalmente autorizados, los importes de cuota sindical y de coseguro, correspondientes conforme hayan sido establecidos por UDOCBA.

Sec.: Dist.: Fecha Nacimiento:/...../..... Tipo Documento: N°.....

Apellido y Nombres: Nacionalidad:

Domicilio:..... Distrito: CP: Lugar y fecha:

FIRMA CERTIFICANTE
SINDICATO

FIRMA AFILIADO