



## 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 :.....

**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 SINDICALES**En 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