

Apellido y Nombre

Fecha de Nacimiento D.N.I. / L.E. / L.C.

Nacionalidad Género Estado Civil

Teléfono Correo electrónico

Domicilio Particular C.P.

Provincia Localidad

Ministerio o Secretaría Estado: Nación Ciudad Bs. As.

Repartición

Profesión C.U.I.L.

Legajo N° Jubilado N°

Grupo familiar a cargo | Declaración Jurada

Parentesco	Género	Fecha Nac.	D.N.I. / L.C / L.E	Apellido y Nombres
Cónyuge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Acepto el descuento de la cuota sindical por administración: _____

Firma _____ **Fecha** _____

Para ser completada por el Delegado/a:

Certifico haber afiliado al compañero/a detallado/a en la presente, quien aceptó la afiliación y el descuento en concepto de cuota sindical de acuerdo a nuestro estatuto.

Firma _____ **Aclaración** _____

DNI/LC/LE _____ **Fecha** _____

Servicio de Sepelio

Adhiero al Servicio de Sepelio SI NO

En caso afirmativo, completar el siguiente formulario

Parentesco	Género	Fecha Nac.	D.N.I / L.C / L.E	Apellido y Nombres
Cónyugue				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				

Acepto el descuento de la cuota sindical por administración: _____

Firma _____ **Fecha** _____

Para uso exclusivo del Consejo

Seccional	Nacional/Provincia	Repartición	Sector	Fecha de Ingreso