

Solicitud de afiliación

Datos afiliado/a

Línea 144
Contención, información,
asesoramiento para la prevención
de la violencia de género.

Número de legajo	Apellido y nombre	Tipo y número de documento			
Fecha de nacimiento	Número de CUIL	Nacionalidad	Estado civil	Fecha de casamiento	
/ /				/ /	
Domicilio Particular / Calle		Número	Piso	Dto	Código postal
Localidad / Provincia		Mail	Teléfono particular		
Estudios en curso	Carrera cursada	Obra social	N° de afiliado a la obra social		
Si / No					
Nombre y apellido de la madre		Tipo y número de documento		Vive	
				Si / No	
Nombre y apellido del padre		Tipo y número de documento		Vive	
				Si / No	

Datos laborales

Oficina	Localidad/Provincia	Teléfono laboral
Número de CBU del solicitante	Sucursal de banco	

Grupo Familiar

Familiar 1 : Apellido y nombre	Tipo y nº de documento		Parentesco	Fecha de nac.
				/ /
Estudios en curso	Nivel de estudio	Discapacidad	A cargo en la O.S	N° de afiliado/a a la obra social
Si / No				
Familiar 2 : Apellido y nombre	Tipo y nº de documento		Parentesco	Fecha de nac.
				/ /
Estudios en curso	Nivel de estudio	Discapacidad	A cargo en la O.S	N° de afiliado/a a la obra social
Si / No				
Familiar 3 : Apellido y nombre	Tipo y nº de documento		Parentesco	Fecha de nac.
				/ /
Estudios en curso	Nivel de estudio	Discapacidad	A cargo en la O.S	N° de afiliado/a a la obra social
Si / No				
Familiar 4 : Apellido y nombre	Tipo y nº de documento		Parentesco	Fecha de nac.
				/ /
Estudios en curso	Nivel de estudio	Discapacidad	A cargo en la O.S	N° de afiliado/a a la obra social
Si / No				

Los datos consignados en el presente formulario son fidedignos y revisten el carácter de Declaración Jurada, por lo que me comprometo a notificar cualquier modificación de los mismos.

Lugar y fecha

Firma

Aclaración



(011) 5263-0705



secasfpi@secasfpi.org.ar



www.secasfpi.org.ar



secasfpi



secasfpi



secasfpi_prensa