

Formulario de afiliación sindical N°

Datos personales		Fecha*: / /
Apellido/s y Nombre/s*	Nacionalidad*	
Tipo y N° de Documento*	CUIL*	
Fecha de Nacimiento* . / . /	Estado Civil*2	Cant. de Hijos*1
Domicilio rural SI/NO Dirección*		
Localidad*	Pcia.*	
Cod. Postal*	Categoría*	Obra Social*
Obra Social anterior	Cant. de peronas a cargo*	
Celular/es*() 15-	Telefono/s ()	
E-mail*		
*1 Hijos biológicos, adoptados u otros con certificado legal de paternidad		
Apellido/s y Nombre/s	DNI	
Fecha de nac. . / . /	Incapacidad SI/NO	Tipo de incapacidad
Apellido/s y Nombre/s	DNI	
Fecha de nac. . / . /	Incapacidad SI/NO	Tipo de incapacidad
Apellido/s y Nombre/s	DNI	
Fecha de nac. . / . /	Incapacidad SI/NO	Tipo de incapacidad
Apellido/s y Nombre/s	DNI	
Fecha de nac. . / . /	Incapacidad SI/NO	Tipo de incapacidad
*2 Datos de cónyuge, concubina o conviviente		
Apellido/s y Nombre/s	Nacionalidad	
Tipo y N° de Documento	CUIL	
Fecha de Nacimiento . / . /	Estado Civil	Cant. de Hijos*3
¿Trabaja? SI/NO	¿Acumula aportes? SI/NO	Obra/s Social/es
*3 Hijos sin certificado legal de paternidad		
Apellido/s y Nombre/s	DNI	
Fecha de nac. . / . /	Incapacidad SI/NO	Tipo de incapacidad
Apellido/s y Nombre/s	DNI	
Fecha de nac. . / . /	Incapacidad SI/NO	Tipo de incapacidad
Apellido/s y Nombre/s	DNI	
Fecha de nac. . / . /	Incapacidad SI/NO	Tipo de incapacidad
Datos de la empresa		Fecha de ingreso*: / /
Razón Social*	CUIT*	
Domicilio*	Localidad*	Pcia.*
Cod. Postal*	Telefono/s*	E-mail*
Presentado por: N° de afiliado:		
Apellido/s y Nombre/s		Firma del presentante

* Datos obligatorios

En caso de necesitar más espacio para empresas o hijos, completar otro formulario solo en la parte correspondiente.

.....
Firma y aclaración del trabajador*