

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     |        |            |                   |                    |

**Acepto el descuento de la cuota sindical por administración:** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

### Para uso exclusivo del Consejo

| Seccional | Nacional/Provincia | Repartición | Sector | Fecha de Ingreso |
|-----------|--------------------|-------------|--------|------------------|
|           |                    |             |        |                  |

