

Voluntario  
P. principal



DNI Afiliado/a  
N° .....

Una foto  
4 x 4

Apellido y nombres: .....

Domicilio: ..... C.P. ( ) (Cambio domicilio/s.....)

Localidad: ..... Tel.: / .....

Nacido/a el día ..... Mes ..... Año ..... Nac. .... Estado civil .....

DNI ..... / CUIL .....

E-mail: .....

Lugar donde prestó servicio  
(tachar lo que no corresponda)

- Senado
- Diputados
- Imprenta
- Biblioteca
- Ayuda Social (DAS)
- A.G.N.

N° BENEFICIO PREVISIONAL .....

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE PLANILLA SON EXACTOS Y QUE TENGO A MI EXCLUSIVO CARGO A LOS MIEMBROS DE FAMILIA QUE DETALLO A CONTINUACIÓN:

CÓNYUGE / CONVIVIENTE

AFILIADO/A PARTICIPANTE N° .....

Una foto  
4 x 4

Apellido y nombres: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Tel.: .....

Nacido/a el día ..... Mes ..... Año ..... Nac. ....

CUIL N° ..... D.N.I. ....

Resolución APROBADA / DENEGADA ..... Desde .....

Observaciones: .....

HIJO / A

AFILIADO/A PARTICIPANTE N° .....

Una foto  
4 x 4

Apellido y nombres: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Tel.: .....

Nacido/a el día ..... Mes ..... Año ..... Nac. ....

CUIL N° ..... D.N.I. ....

Estudiante / Incapacitado .....

Resolución APROBADA / DENEGADA ..... Desde .....

Observaciones: .....

HIJO / A

AFILIADO/A PARTICIPANTE N° .....



Apellido y nombres: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Tel.: .....

Nacido/a el día ..... Mes ..... Año ..... Nac. ....

CUIL N° ..... D.N.I. ....

Estudiante / Incapacitado .....

Sesión N° ..... Resolución APROBADA / DENEGADA ..... Desde .....

Observaciones: .....

---

HIJO / A

AFILIADO/A PARTICIPANTE N° .....



Apellido y nombres: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Tel.: .....

Nacido/a el día ..... Mes ..... Año ..... Nac. ....

CUIL N° ..... D.N.I. ....

Estudiante / Incapacitado .....

Sesión N° ..... Resolución APROBADA / DENEGADA ..... Desde .....

Observaciones: .....

---

HIJO / A

AFILIADO/A PARTICIPANTE N° .....



Apellido y nombres: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Tel.: .....

Nacido/a el día ..... Mes ..... Año ..... Nac. ....

CUIL N° ..... D.N.I. ....

Estudiante / Incapacitado .....

Sesión N° ..... Resolución APROBADA / DENEGADA ..... Desde .....

Observaciones: .....

HIJO / A

AFILIADO/A PARTICIPANTE N° .....

Una foto  
4 x 4

Apellido y nombres: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Tel.: .....

Nacido/a el día ..... Mes ..... Año ..... Nac. ....

CUIL N° ..... D.N.I. ....

Estudiante / Incapacitado .....

Sesión N° ..... Resolución APROBADA / DENEGADA ..... Desde .....

Observaciones: .....

---

PADRE

AFILIADO/A PARTICIPANTE N° .....

Una foto  
4 x 4

Apellido y nombres: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Tel.: .....

Nacido/a el día ..... Mes ..... Año ..... Nac. ....

CUIL N° ..... D.N.I. ....

Sesión N° ..... Resolución APROBADA / DENEGADA ..... Desde .....

Observaciones: .....

---

MADRE

AFILIADO/A PARTICIPANTE N° .....

Una foto  
4 x 4

Apellido y nombres: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Tel.: .....

Nacido/a el día ..... Mes ..... Año ..... Nac. ....

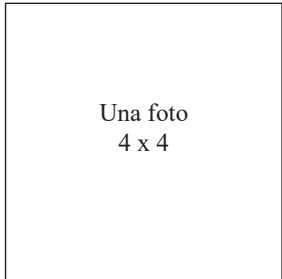
CUIL N° ..... D.N.I. ....

Sesión N° ..... Resolución APROBADA / DENEGADA ..... Desde .....

Observaciones: .....

NIETO / A

AFILIADO/A PARTICIPANTE N° .....



Apellido y nombres: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Tel.: .....

Nacido/a el día ..... Mes ..... Año ..... Nac. ....

CUIL N° ..... D.N.I. ....

Estudiante / Incapacitado .....

Sesión N° ..... Resolución APROBADA / DENEGADA ..... Desde .....

Observaciones: .....

---

NIETO / A

AFILIADO/A PARTICIPANTE N° .....



Apellido y nombres: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Tel.: .....

Nacido/a el día ..... Mes ..... Año ..... Nac. ....

CUIL N° ..... D.N.I. ....

Estudiante / Incapacitado .....

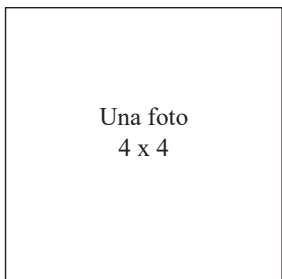
Sesión N° ..... Resolución APROBADA / DENEGADA ..... Desde .....

Observaciones: .....

---

HERMANO / A

AFILIADO/A PARTICIPANTE N° .....



Apellido y nombres: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Tel.: .....

Nacido/a el día ..... Mes ..... Año ..... Nac. ....

CUIL N° ..... D.N.I. ....

Estudiante / Incapacitado .....

Sesión N° ..... Resolución APROBADA / DENEGADA ..... Desde .....

Observaciones: .....

Buenos Aires, ..... de ..... de 20..... .

.....  
FIRMA DEL AFILIADO