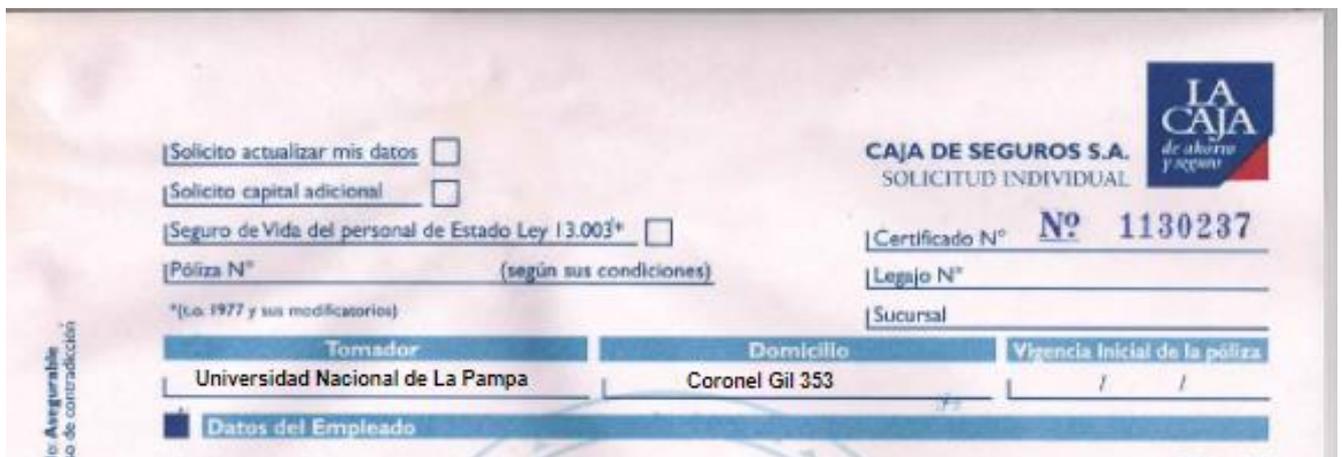


## **PROCEDIMIENTO Y DOCUMENTACIÓN PARA CONFECCIÓN DE LEGAJO**

- 1) Planilla de Datos Personales.
- 2) Certificado Médico de Aptitud Física- Para poder obtener el Certificado de ingreso a la Universidad, se debe realizar los estudios médicos en un lugar público o privado, a elección, y luego comunicarse con Reconocimientos Médicos de la Universidad Nacional de La Pampa (dsomsalsantarosa@gmail.com) para solicitar día y hora de entrevista con el/la Médico/a, a fin de que este Organismo será quien emitirá el correspondiente certificado. (adjuntando estudios y Nota)
- 3) Certificado de Antecedentes Penales (Original).
- 4) Planilla de Registro Personal.
- 5) Constancia de CUIL.
- 6) Clave Bancaria Uniforme (CBU) – Debe ser firmado por autoridad bancaria.
- 7) Dos (2) Fotos Carnet.
- 8) Acta de Nacimiento.
- 9) Curriculum Vitae.
- 10) Copia del Documento Nacional de Identidad.
- 11) Títulos, Cursos, Seminarios, Jornadas, etc.
- 12) Certificación de Servicios (Originales) Docentes o Nodocentes para el cobro de Antigüedad.
- 13) Fichas de Seguro Personal del Estado Ley N° 13.003 (obligatorio) y Seguro Colectivo de Vida obligatorio Decreto N° 1567/74 (social) y Seguro Optativo. Ambos Seguros se deberán completar manualmente teniendo en cuenta lo siguiente:



Solicito actualizar mis datos  
 Solicito capital adicional  
 Seguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003\*  
 \* (Ley 1977 y sus modificatorios)

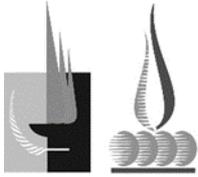
**CAJA DE SEGUROS S.A.**  
 SOLICITUD INDIVIDUAL

Certificado N° **N° 1130237**  
 Legajo N° \_\_\_\_\_  
 Sucursal \_\_\_\_\_

| Tomador                          | Domicilio       | Vigencia Inicial de la póliza |
|----------------------------------|-----------------|-------------------------------|
| Universidad Nacional de La Pampa | Coronel Gil 353 | / /                           |

**Datos del Empleado**

No Aceptable uso de contradicción



FACULTAD DE CIENCIAS  
EXACTAS Y NATURALES

Universidad Nacional de La Pampa

CAJA DE SEGUROS S.A.  
SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74  
FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

LA CAJA  
de ahorro  
y seguro

Legajo N° \_\_\_\_\_ Certificado N° 1762949

Empleador  
**Universidad Nacional de La Pampa**

Calle **Coronel Gil** N° **353** Piso **3** Dto. \_\_\_\_\_ CP **6300**

Localidad **Santa Rosa** Provincia **La Pampa**

Datos del Asegurado

Ador. Triplicado Amarillo: Asegurado a la integridad en caso de reclamo del pago del solo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios.

- 14) Declaración Jurada del Grupo Familiar, en la misma puede declarar Madre, Padre, Hijos y Cónyuge. (A los fines de inasistencia por Atención Familiar)
  - 15) Declaración Jurada de Cargos (Ver anexo de Instructivo para su confección).
  - 16) Formulario PS261 "Notificación del Régimen de Asignaciones Familiares Sistema Único de Asignaciones Familiares".
  - 17) Planilla de Afiliación al SEMPRES: completar la primera hoja y en la segunda solo Apellido y Nombre, CUIL, Lugar y Fecha, Firma y Aclaración. E caso de tener Obra Social, adjuntar copia de Afiliación a dicha Obra Social otorgada por la misma.
- ✚ Informar al Departamento Técnico de la FCEyN – Agente GARCIA Adrián- ([garciahor@exactas.unlpam.edu.ar](mailto:garciahor@exactas.unlpam.edu.ar)) su correo electrónico para ser incorporado al correo oficial de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales para recibir todas las novedades e información de esta Unidad Académica.
  - ✚ Tramitar ante la Secretaría de Investigación, Posgrado y Extensión ([cienciaytecnica@exactas.unlpam.edu.ar](mailto:cienciaytecnica@exactas.unlpam.edu.ar)) el cobro de adicional por título de posgrado: Especialización, Magíster o Doctorado, en caso de presentarlo.



**Datos Personales**

Apellido y Nombres: .....

Fecha de Nacimiento:.....

Documento: D.N.I.- LE – LC – .....

CUIL/CUIT N° .....

Lugar de Nacimiento: .....

Domicilio: .....

Número: ..... Piso: ..... Departamento: .....

Barrio: .....

Ciudad: ..... Provincia: ..... Código Postal: .....

País: .....

Teléfono Fijo: ..... Celular: .....

Email: .....

Estudios Cursados: .....

Colegio Secundario: .....

Título/s Grado: .....

Universidad: .....

Títulos Postgrado: .....

Universidad: .....

Realiza Aportes Jubilatorios. SI / NO

¿Qué Régimen? .....

Indicar si tiene Obra Social ¿Cuál? .....



Datos Familiares

Apellido y Nombre/s Padre: .....

Apellido y Nombre/s Madre: .....

CONYUGE

Apellido y Nombre/s.....

D.N.I./ LC / LE .....

Sexo.....

Fecha de Nacimiento.....

Nacionalidad .....

Título Pregrado/ Grado .....

HIJOS:

Apellido y Nombre/s.....

D.N.I./ LC / LE .....

Sexo.....

Fecha de Nacimiento.....

Nacionalidad .....

---

Apellido y Nombre/s.....

D.N.I./ LC / LE .....

Sexo.....

Fecha de Nacimiento.....

Nacionalidad .....

**FIRMA**.....

**ACLARACIÓN**.....

**D.N.I.N°** .....

## Pasos a seguir para solicitar el Certificado de ANTECEDENTES PENALES

¿Tenés Documento Nacional de Identidad emitido por la República Argentina?

- Sí
- No

¿Qué edad tenés?

- 18 años o más
- 16 o 17 años

Elegí una opción

Las tres primeras opciones te permiten hacerlo en línea sin moverte de tu casa.

- Tenés tarjeta de débito a tu nombre
- Tenés Banelco (Pago mis Cuentas)
- Tenés clave fiscal de AFIP (nivel de seguridad 2 o más)
- Tenés clave de la Seguridad Social (ANSES)
- No tenés tarjeta de débito, clave fiscal ni clave de la Seguridad Social

Con tarjeta de débito:

### Sacá el certificado de antecedentes penales con tu tarjeta de débito

Solo Visa Electrón (Visa Débito), Maestro o Mastercard Debit.

Tenés dos tipos de trámite:

- **Muy urgente:** lo tenés en 6 horas y cuesta \$560.
- **Exprés:** lo tenés en 1 hora y cuesta \$980.

#### Requisitos

Tener un correo electrónico personal.

#### ¿Cómo lo hacés?

1. Hacé clic en el botón "Comenzá ahora" e informá tu correo electrónico.
2. Vas a recibir un primer correo electrónico, hacé clic en el enlace que contiene.
3. Se va a abrir un formulario en línea, tené a mano tu DNI y tu tarjeta de débito. Cargá tus datos y elegí la modalidad del trámite (exprés o muy urgente).
4. Si realizaste un trámite anterior, saldrá el detalle, presioná el botón Continuar.
5. Completá la información de la tarjeta y hacé clic en el botón "Pagar".
6. Vas a recibir un nuevo correo electrónico de confirmación con los datos para su posterior descarga.

[Comenzá ahora](#)



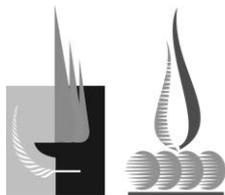
NUEVA SOLICITUD

Su certificado ha sido iniciado exitosamente

Código de Solicitud  
Código de Seguridad  
Fecha de Entrega  
Se ha enviado el mail de confirmación



[Nueva solicitud](#)



**Registro del Personal**

N° Registro: .....

Apellido y Nombres: .....

Fecha de Confección: .....

Fecha de Nacimiento ...../...../..... Sexo: .....

Documento: D.N.I.- LE – LC – ..... Estado Civil: .....

Lugar de Nacimiento: .....

Nacionalidad: .....

Grupo Sanguíneo y Factor RH: .....

Domicilio: .....

Número: ..... Piso: .....Depto: ..... Barrio: .....

Cód. Postal: ..... Ciudad: .....Provincia: .....

Personas por las que percibe asignación familiar en el cargo:

.....Esposa ..... Padre .....Madre ..... Hijos ..... Otros

**Estudios Cursados: (Completar solo el más avanzado)**

.....Primario incompleto

.....Primario Completo

.....Secundario Incompleto

.....Secundario Completo

.....Superior No Universitario Incompleto

.....Superior Universitario Completo

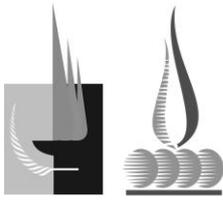
.....Universitario Incompleto

..... Universitario Completo

Título: .....

Universidad/Instituto/Colegio: .....

Fecha de Egreso .....



**Sector Nodocente:** Señalar con una X

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Administrativo       | <input type="checkbox"/> Técnico                 |
| <input type="checkbox"/> Servicios Generales  | <input type="checkbox"/> Médico Asistencial      |
| <input type="checkbox"/> Servicios Auxiliares | <input type="checkbox"/> Servicios asistenciales |
| <input type="checkbox"/> Profesional          | <input type="checkbox"/> Otras                   |

**Sector Docente:** Señalar con una X

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> De Gobierno Universitario     | <input type="checkbox"/> Investigación           |
| <input type="checkbox"/> Directiva Docente             | <input type="checkbox"/> Docencia                |
| <input type="checkbox"/> Asist. Gobierno Universitario | <input type="checkbox"/> Docencia Investigación. |
| <input type="checkbox"/> Enseñanza Universitaria       |  |

Situación de Revista

Dedicación (Horas semanales): .....

- Titular
- Interino

Origen del Cargo

- Designación por concurso vigente
- Designación por concurso vencido
- Designación sin concurso
- Contratado sin concurso
- Contratado por concurso

Situación Presupuestaria

- Presupuesto permanente
- Presupuesto temporario
- A cargo de otros
- Ad-honorem
- Becario

Fecha de Ingreso a Universidad ...../...../.....

Fecha de Ingreso al Cargo ...../...../.....

Fecha de Vencimiento Designación ...../...../.....

Dependencia: .....

Carrera: .....

Área: .....

Asignatura: .....

Firma del Agente.....

Original Blanco: **Caja de Seguros S.A.** Duplicado Rosa: **Empleador** Triplicado Amarillo: **Asegurable**  
 La presente declaración producirá efectos sobre siniestros futuros y complementa, y en caso de contradicción  
 deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma.

**CAJA DE SEGUROS S.A.**  
 SOLICITUD INDIVIDUAL



Solicito actualizar mis datos   
 Solicito capital adicional

Seguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003\*   
 (según sus condiciones)

Certificado N° **Nº 1130237**  
 Legajo N°  
 Sucursal

\*(to. 1977 y sus modificatorios)

**Tomador**

**Domicilio**

**Vigencia Inicial de la póliza**

**Datos del Empleado**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nac. / / Sexo  F  M

Tipo de Doc. DNI  LC  LE  CUIL  N° \_\_\_\_\_ Nacionalidad Arg.  Ext.

Dirección \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dro. \_\_\_\_\_ Est. Civil  Casado  Div.  Viu.

Loc. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ E. de ing. al empleo / /

Capital a Asegurar \_\_\_\_\_ ¿Es zurdo?  SI  NO

**Beneficiarios**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Tipo y Nro. de Doc. | % de Benef. | F. de nac. |
|-------------------|------------|---------------------|-------------|------------|
| _____             | _____      | _____               | _____       | _____      |
| _____             | _____      | _____               | _____       | _____      |
| _____             | _____      | _____               | _____       | _____      |
| _____             | _____      | _____               | _____       | _____      |
| _____             | _____      | _____               | _____       | _____      |
| _____             | _____      | _____               | _____       | _____      |
| _____             | _____      | _____               | _____       | _____      |

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Asegurable / Asegurado

Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) que antecede,  
 como así mismo que el firmante integra el personal de esta entidad.

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_ Firma y Sello del Tomador



**CAJA DE SEGUROS S.A.**  
 SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74  
 FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Nº 1762949

Legajo Nº \_\_\_\_\_ Certificado

**Empleador**

Calle \_\_\_\_\_ IN° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto. \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**Datos del Asegurado**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de Doc.  LC  LE  N° \_\_\_\_\_ Expedido por

CUIL \_\_\_\_\_ Estado Civil  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Domicilio Particular: Calle \_\_\_\_\_ IN° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Cód. Área \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

E. de ing. al empleo | Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Capital Asegurado \_\_\_\_\_

**Beneficiarios**

| Apellido | Nombres | Parentesco | Domicilio | Tipo y Nro. de Doc. | % | F. de Nac. |
|----------|---------|------------|-----------|---------------------|---|------------|
|          |         |            |           |                     |   |            |
|          |         |            |           |                     |   |            |
|          |         |            |           |                     |   |            |

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado (o impresión digital)

Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) que antecede, como así mismo que el firmante integra el personal de esta entidad.

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Tomador

Original Blanco: Caja de Seguros S.A. Duplicado Rosa: Empleador Triplicado Amarillo: Asegurado  
 El original de la presente constancia deberá ser remitido por el empleador a la aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio, ello en los términos del Art. 8 de la Resolución 30729 de SSN. "Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad".



## Declaración Jurada Familiar Personal

Universidad Nacional de la Pampa

Artículo 104º) CCT Decreto N° 366/06(ND) y Artículo j) CCT Docente Decreto N.º 1246/15

Legajo Nro.: .....

Quien suscribe: .....,

Documento: .....

**Declaro bajo juramento que mi grupo familiar esta constituido por:**

| N° | Apellido y Nombres | CUIL | Fecha de Nacimiento | Parentesco | Edad |
|----|--------------------|------|---------------------|------------|------|
| 1  |                    |      |                     |            |      |
| 2  |                    |      |                     |            |      |
| 3  |                    |      |                     |            |      |
| 4  |                    |      |                     |            |      |
| 5  |                    |      |                     |            |      |
| 6  |                    |      |                     |            |      |
| 7  |                    |      |                     |            |      |
| 8  |                    |      |                     |            |      |
| 9  |                    |      |                     |            |      |
| 10 |                    |      |                     |            |      |

Fecha: .....

.....  
Firma del declarante

La falsificación de los datos detallados en la Declaración Jurada con intención de lograr una licencia de este tipo, será sancionado conforme a las normas disciplinarias que rigen la reglamentación vigente.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA

**DECLARACION JURADA**

de los cargos y actividades que desempeñan el causante

|                     |
|---------------------|
| DOCUMENTOS          |
| LC O LE, DNI N°     |
| C.I. N°             |
| POLICIA DE          |
| FECHA DE NACIMIENTO |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 2 | APELLIDO<br>la mujer casada, viuda o separada, indicará el apellido de soltera | NOMBRE (Completo)<br>Escribir todos los nombres sin abreviatura |
| 3 | DOMICILIO N°   | LOCALIDAD PCIA.   |

**DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES**

**Organismo donde presta servicios**

|   |                                       |  |                     |
|---|---------------------------------------|--|---------------------|
| 4 | MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC | CALLE N°   | LOCALIDAD PROVINCIA |
|   | REPARTICIÓN                           | FUNCIONES QUE DESEMPEÑA INGRESO                                |                     |
|   | DEPENDENCIA                           | Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos |                     |
|   | HORARIO (completo o reducido) DE A    | LUGAR Y FECHA  |                     |
|   | SUELDO                                | CARGO  | FIRMA               |
|   | IMPUTACION PRESUPUESTARIA             | NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS                                    |                     |

**EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL**

|   |                                       |  |                     |
|---|---------------------------------------|--|---------------------|
| 5 | MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC | CALLE N°   | LOCALIDAD PROVINCIA |
|   | REPARTICIÓN                           | FUNCIONES QUE DESEMPEÑA INGRESO                                |                     |
|   | DEPENDENCIA                           | Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos |                     |
|   | HORARIO (completo o reducido) DE A    | LUGAR Y FECHA  |                     |
|   | SUELDO                                | CARGO  | FIRMA               |
|   | IMPUTACION PRESUPUESTARIA             | NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS                                    |                     |

**EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL**

|   |                                       |  |                     |
|---|---------------------------------------|--|---------------------|
| 6 | MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC | CALLE N°   | LOCALIDAD PROVINCIA |
|   | REPARTICIÓN                           | FUNCIONES QUE DESEMPEÑA INGRESO                                |                     |
|   | DEPENDENCIA                           | Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos |                     |
|   | HORARIO (completo o reducido) DE A    | LUGAR Y FECHA  |                     |
|   | SUELDO                                | CARGO  | FIRMA               |
|   | IMPUTACION PRESUPUESTARIA             | NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS                                    |                     |

**EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES**

|   |                      |                              |
|---|----------------------|------------------------------|
| 7 | EMPLEADOR            | LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS |
|   | SUELDO O RETRIBUCIÓN | FUNCIONES QUE DESEMPEÑA      |
|   | HORARIO QUE CUMPLE   | INGRESO                      |

**PERCEPCIÓN DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiro, etc.)**

|   |  |  |
|---|--|--|
| 8 | En caso de ser titular de una pasividad establecer:                          |  |
|   | Régimen.....Causa.....Institución o caja que lo abona.....                   |  |
|   | Desde que fecha.....Importe.....   |  |
|   | Determinar si percibe el beneficio o ha sido suspendido a pedido del titular |  |

(dorso)

|   | DENOMINACION DEL CARGO, MATERIA Y CERTIFICACION DE HORARIO | Horas | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO |
|---|--|-------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| 4 |  |       |       |        |           |        |         |        |
| 5 |  |       |       |        |           |        |         |        |
| 6 |  |       |       |        |           |        |         |        |
| 7 |  |       |       |        |           |        |         |        |
| 8 |  |       |       |        |           |        |         |        |

Lugar y Fecha:

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos, de acuerdo a mí leal saber y entender. Asimismo, me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión dará motivo a las severas sanciones disciplinarias, así como también estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se produzcan en el futuro.

\_\_\_\_\_  
Firma del Declarante

Lugar y Fecha:

Certifico la exactitud de las informaciones contenidas en los cuadros 1, 2, 3 y la autenticidad de la firma que antecede. Manifiesto que no tengo conocimiento que en la presente el declarante haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión.

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe

Fecha:

(\*) Atento que en la declaración no se denuncia ninguna acumulación, agréguese bajo constancia al legajo personal del causante.

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe Superior del Organismo

Fecha:

(\*) Considerando:

Que la situación de acumulación denunciada está autorizada en el Art .... del Decreto N°.....

Que se cumplen los extremos indicados en el Art. .... del mismo Decreto.

Que así mismo surge que las tareas las desarrolla en los horarios oficiales sin haberse acordado franquicias especiales u horarios diferenciados.

Por Tanto:

AUTORIZASE: la acumulación que se trata, por separado dese cuenta a la Dirección General del Servicio Civil y previa notificación del declarante agréguese bajo constancia al legajo personal del mismo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe Superior del Organismo

(\*) tachar lo que corresponda

Frente I

**Este Formulario reviste carácter de Declaración Jurada y se debe  
completar en letra de imprenta, sin tachaduras ni enmiendas**

**RUBRO I – DATOS DEL TRABAJADOR** (a completar por todos los trabajadores con o sin cargas de familia)

|                            |                     |                     |                                 |              |           |
|----------------------------|---------------------|---------------------|---------------------------------|--------------|-----------|
| Apellido y Nombre Completo |                     | Fecha de Nacimiento |                                 | Nacionalidad |           |
| Cuil                       | Tipo y N° Doc /CUIL |                     | Sexo                            | Estado Civil |           |
| Domicilio - Calle - Numero |                     |                     |                                 |              |           |
| Piso                       | Depto.              | Código Postal       | Localidad                       |              | Provincia |
| Teléfono                   |                     |                     | Dirección de Correo Electrónico |              |           |

**RUBRO II – DATOS DEL EMPLEADOR**

|  |        |                       |   |  |                       |
|--|--------|-----------------------|---|--|-----------------------|
| Universidad Nacional de La Pampa           |        | CUIT<br>30-58676226-1 |   |  |                       |
| Domicilio - Calle - Numero Coronel Gil 353 |        |                       |   |  |                       |
| Piso<br>3                                  | Depto. | Código Postal<br>6300 | Localidad<br>Santa Rosa                                   |  | Provincia<br>La Pampa |
| Teléfono<br>2954 - 451625                  |        |                       | Dirección de Correo Electrónico<br>personal@unlpam.edu.ar |  |                       |

Dejo constancia, por medio de la presente, que en el día de la fecha, me he notificado de las normas básicas y principales derechos que me asisten con relación al Régimen de Asignaciones Familiares y que surgen del cuadro existente al dorso de la presente, recibiendo copia, en este acto, de la Ley N° 24.714, sus normas reglamentarias y de la Resolución ANSES N° 292/08 y sus modificatorias.

Asimismo, me notifico que los trámites para solicitar la liquidación y pago de las Asignaciones Familiares que me correspondan deberé realizarlos personalmente o a través de un "Representante" designado por mí para tal fin, dentro de los plazos que surgen del cuadro existente al dorso de la presente, en cualquiera de las Unidades de Atención de ANSES, presentando -cuando corresponda-, debidamente confeccionados, los Formularios respectivos y la documentación que en cada caso se detalla, además de la que adicionalmente me pudiera ser requerida. Tomo conocimiento, además, que cualquier reclamo deberé formularlo personalmente ante ANSES dentro de los plazos de caducidad establecidos por la normativa vigente, presentando el Formulario PS.2.72 "Reclamos Generales para los Sistemas SUAF y UVHI", debidamente cumplimentado.

Dejo constancia también, que asumo el compromiso de notificar a mi empleador toda novedad/modificación que se produzca con relación a mis cargas y relaciones de familia, acompañando la documentación que las acredite, a efectos de que éste las informe a ANSES a través del Programa de Simplificación Registral.

Me comprometo a informar a ANSES el medio de pago a través del cual deseo percibir las Asignaciones Familiares. Finalmente me notifico que todos los datos que aporte a ANSES personalmente, a través de un "Representante" o de mi Empleador, para la percepción de las Asignaciones Familiares, tendrán carácter de Declaración Jurada, reconociendo el derecho de ANSES a reclamarme su restitución o compensar automáticamente los importes con otras asignaciones en caso de percepción indebida de mi parte, sin necesidad de notificación previa por parte del citado Organismo.

**Localidad, ..... de ..... de .....**

\_\_\_\_\_  
Firma/Aclaración de Firma  
del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Firma/Aclaración de Firma y  
Sello del Empleador



AFILIADO DIRECTO

|  |  |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
|--|--|--|--|--|-----------------------------------|--|----------------------------------|--|--|--|---------------------------------------|-----------|---|--|---|--------------------------------|------------------------------|------|-------------------------------|-------------------------------|--|---------|--|--|
| <p style="text-align: center;">APELLIDO</p> <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center;">NOMBRES</p> <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>   | <p style="text-align: center;">N° DE AFILIADO</p> <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center;">N° DE CUIL /CUIT</p> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>  |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <p style="text-align: center;">DOMICILIO REAL</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%; border: none;">CALLE</td> <td style="width: 30%; border: none;">NUMERO</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">PISO</td> <td style="border: none;">DPTO.</td> <td style="border: none;">BARRIO</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">LOCALIDAD</td> <td style="border: none;">PROVINCIA</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>        | CALLE  | NUMERO   | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | PISO                              | DPTO.  | BARRIO                           | <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> | LOCALIDAD                             | PROVINCIA | <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>  | <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/> | <p style="text-align: center;">TIPO DE DOCUMENTO</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: none;"><input type="checkbox"/> D.N.I</td> <td style="width: 30%; border: none;"><input type="checkbox"/> L.E</td> <td style="width: 40%; border: none;">TIPO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> L.C.</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> OTRO</td> <td style="border: none;"><input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right; border: none;">INDICAR</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> D.N.I | <input type="checkbox"/> L.E | TIPO | <input type="checkbox"/> L.C. | <input type="checkbox"/> OTRO | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | INDICAR |  |  |
| CALLE  | NUMERO   |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>   | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>   |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| PISO   | DPTO.  | BARRIO   |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>   | <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>   | <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| LOCALIDAD  | PROVINCIA  |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>   | <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/>   |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <input type="checkbox"/> D.N.I   | <input type="checkbox"/> L.E   | TIPO   |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <input type="checkbox"/> L.C.  | <input type="checkbox"/> OTRO  | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| INDICAR  |  |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <p style="text-align: center;">DOMICILIO DE CONTACTO</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%; border: none;">CALLE</td> <td style="width: 30%; border: none;">NUMERO</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">PISO</td> <td style="border: none;">DPTO.</td> <td style="border: none;">BARRIO</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">LOCALIDAD</td> <td style="border: none;">PROVINCIA</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table> | CALLE  | NUMERO   | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | PISO                              | DPTO.  | BARRIO                           | <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> | LOCALIDAD                             | PROVINCIA | <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>  | <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/> | <p style="text-align: center;">FECHA DE NACIMIENTO</p> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>  |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| CALLE  | NUMERO   |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>   | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>   |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| PISO   | DPTO.  | BARRIO   |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>   | <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>   | <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| LOCALIDAD  | PROVINCIA  |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>   | <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/>   |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">ESTADO CIVIL</td> <td style="width: 50%; border: none;">EESTADO ACTUAL</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> SOLTERO/A</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> CONCUBINO/A</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> CASADO/A</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> SEPARACIÓN DE HECHO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> VIUDO/A</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> SEPARACIÓN PERSONAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A</td> <td></td> </tr> </table>  | ESTADO CIVIL   | EESTADO ACTUAL   | <input type="checkbox"/> SOLTERO/A                     | <input type="checkbox"/> CONCUBINO/A                   | <input type="checkbox"/> CASADO/A | <input type="checkbox"/> SEPARACIÓN DE HECHO | <input type="checkbox"/> VIUDO/A |  | <input type="checkbox"/> SEPARACIÓN PERSONAL           |  | <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A |           | <p style="text-align: center;">TELÉFONO</p> <p style="text-align: center;">PARTICULAR (fijo)</p> <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center;">LABORAL</p> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center;">CELULAR</p> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/> |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| ESTADO CIVIL   | EESTADO ACTUAL   |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <input type="checkbox"/> SOLTERO/A   | <input type="checkbox"/> CONCUBINO/A   |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <input type="checkbox"/> CASADO/A  | <input type="checkbox"/> SEPARACIÓN DE HECHO   |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <input type="checkbox"/> VIUDO/A   |  |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <input type="checkbox"/> SEPARACIÓN PERSONAL   |  |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A  |  |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |
| <p style="text-align: center;">CORREO ELECTRÓNICO</p> <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>   | <p style="text-align: center;">CUIT/CUIL/CÓNYUGUE</p> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center;">FECHA DE CASAMIENTO O UNIÓN EN CONCUBINATO</p> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> |  |  |  |                                   |  |                                  |  |  |  |                                       |           |   |  |   |                                |                              |      |                               |                               |  |         |  |  |

CERTIFICACIÓN DE CARGO O EMPLEO

|  |  |  |   |                          |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--------------------------|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NÚMERO DE LEGAJO   | FECHA DE INGRESO   | FECHA DE VENCIMIENTO   |   |                          |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>   | <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> |   |                          |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">FUNCIONARIO</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>  | FUNCIONARIO  | <input type="checkbox"/>   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">PLANTA PERMANENTE</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | PLANTA PERMANENTE        | <input type="checkbox"/>   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">CONTRATADO</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | CONTRATADO               | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FUNCIONARIO  | <input type="checkbox"/>   |  |   |                          |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PLANTA PERMANENTE  | <input type="checkbox"/>   |  |   |                          |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CONTRATADO   | <input type="checkbox"/>   |  |   |                          |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;">TITULAR</td> <td style="width: 25%; border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; border: none;">INTERINO</td> <td style="width: 25%; border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>  | TITULAR  | <input type="checkbox"/>   | INTERINO  | <input type="checkbox"/> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">SUPLENTE FUNCIONAL</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | SUPLENTE FUNCIONAL   | <input type="checkbox"/> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">SUPLENTE COMÚN</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | SUPLENTE COMÚN   | <input type="checkbox"/>                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TITULAR  | <input type="checkbox"/>   | INTERINO   | <input type="checkbox"/>  |                          |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SUPLENTE FUNCIONAL   | <input type="checkbox"/>   |  |   |                          |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SUPLENTE COMÚN   | <input type="checkbox"/>   |  |   |                          |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;">DECRETO</td> <td style="width: 20%; border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; border: none;">RESOLUCIÓN</td> <td style="width: 20%; border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; border: none;">DISPOSICIÓN</td> <td style="width: 20%; border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; border: none;">ACTA</td> <td style="width: 20%; border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; border: none;">N°</td> <td style="width: 20%; border: none;"><input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table> | DECRETO  | <input type="checkbox"/>   | RESOLUCIÓN  | <input type="checkbox"/> | DISPOSICIÓN  | <input type="checkbox"/>   | ACTA                     | <input type="checkbox"/>   | N°   | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DECRETO  | <input type="checkbox"/>   | RESOLUCIÓN   | <input type="checkbox"/>  | DISPOSICIÓN              | <input type="checkbox"/>   | ACTA   | <input type="checkbox"/> | N°   | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

SELLO DE LA  
REPARTICIÓN

SELLO Y FIRMA  
DE RESPONSABLE

APELLIDO Y NOMBRES DEL AFILIADO TITULAR  N° DE CUIL DE TITULAR

HIJOS MENORES DE 21 AÑOS

| APELLIDO             | NOMBRES              | FECHA DE NACIMIENTO  | N° DEL CUIL (hijo)   | N° DEL CUIL DE MADRE | N° DEL CUIL DE PADRE |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

ESPOSA/O CONCUBINA/O

|                                    |   |  |   |  |  |   |
|------------------------------------|---|--|---|--|--|---|
| APELLIDO<br><input type="text"/>   |   | ESTADO CIVIL<br><input type="checkbox"/> SOLTERO/A<br><input type="checkbox"/> CASADO/A<br><input type="checkbox"/> SEP. PERSONAL<br><input type="checkbox"/> VIUDO/A<br><input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A | ESTADO ACTUAL<br><input type="checkbox"/> CONCUBINO/A<br><input type="checkbox"/> SEP. DE HECHO | <input type="checkbox"/> AMA DE CASA<br><input type="checkbox"/> EMPLEADO<br><input type="checkbox"/> AUTÓNOMO<br><input type="checkbox"/> OTRO CON O.SOCIAL<br><input type="checkbox"/> OTRO SIN O.SOCIAL | ACTIVIDAD QUE REALIZA<br><input type="checkbox"/> DESOCUPADO<br><input type="checkbox"/> MONOTRIBUTISTA EXENTO DE O. SOCIALES<br><input type="checkbox"/> MONOTRIBUTISTA<br><input type="checkbox"/> JUBILADO O PENSIONADO POR R. NACIONAL | % DE APORTE<br><input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 6%            |
| NOMBRES<br><input type="text"/>    |   | NACIONALIDAD<br><input type="checkbox"/> ARGENTINO <input type="checkbox"/> EXTRANJERO   |   | DESCRIBIR: <input type="text"/>  |  | CAPITALIZA<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO             |
| N° DE CUIL<br><input type="text"/> | FECHA DE NACIMIENTO<br><input type="text"/> |  |   |  |  | ¿TIENE HIJOS EN COMUN?<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

HIJOS MAYORES DE 21 AÑOS

|                                    |   |  |  |  |                                   |  |
|------------------------------------|---|--|--|--|-----------------------------------|--|
| APELLIDO<br><input type="text"/>   |   | ACTIVIDAD QUE REALIZA<br><input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> MONOTRIBUTISTA<br><input type="checkbox"/> DESOCUPADO <input type="checkbox"/> AUTONOMO<br><input type="checkbox"/> EMPLEADO |  | SOLO PARA HIJOS ESTUDIANTES<br>DOMICILIO<br><input type="text"/> |                                   |  |
| NOMBRES<br><input type="text"/>    |   |  |  | LOCALIDAD<br><input type="text"/>                                | PROVINCIA<br><input type="text"/> | NIVEL<br><input type="checkbox"/> SECUNDARIO<br><input type="checkbox"/> Terciario<br><input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO |
| N° DE CUIL<br><input type="text"/> | FECHA DE NACIMIENTO<br><input type="text"/> | <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> UNIDA/O CONCUBINATO  |  | TELÉFONO<br><input type="text"/>                                 |                                   |  |
| DOMICILIO<br><input type="text"/>  |   | LOCALIDAD<br><input type="text"/>  | % DE APORTE<br><input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 6% | AÑO QUE CURSA<br><input type="text"/>                            |                                   | CARRERA<br><input type="text"/>  |
|                                    |   | CAPITALIZA<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  |  | CORREO ELECTRÓNICO<br><input type="text"/>                       |                                   |  |

OTROS

|                                    |   |   |   |   |   |  |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|--|
| APELLIDO<br><input type="text"/>   |   | PARENTESCO<br><input type="text"/>                                      | DATOS DE MADRE<br>N° DE CUIL<br><input type="text"/>  |   | DATOS DE PADRE<br>N° DE CUIL<br><input type="text"/>  |  |
| NOMBRES<br><input type="text"/>    |   | % DE APORTES<br><input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 6% | FECHA DE NACIMIENTO<br><input type="text"/>   |   | FECHA DE NACIMIENTO<br><input type="text"/>   |  |
| N° DE CUIL<br><input type="text"/> | FECHA DE NACIMIENTO<br><input type="text"/> | CAPITALIZA<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   | <input type="checkbox"/> SOLTERA/O <input type="checkbox"/> CASADA/O <input type="checkbox"/> UNIDA/O CONCUBINATO |   | <input type="checkbox"/> SOLTERA/O <input type="checkbox"/> CASADA/O <input type="checkbox"/> UNIDA/O CONCUBINATO |  |
|                                    |   | ACTIVIDAD QUE REALIZA<br><input type="text"/>                           |   | ACTIVIDAD QUE REALIZA<br><input type="text"/> |   |  |

EL AFILIADO MANIFIESTA LIBREMENTE HABER COMPRENDIDO EN TODOS SUS TÉRMINOS EL CONTENIDO DEL FORMULARIO INFORMATIVO AF01.

LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL AFILIADO TITULAR \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN \_\_\_\_\_