



Unión Personal

Obra Social de la Unión del
Personal Civil de la Nación

SOLICITUD DE AFILIACIÓN N°:.....

PLAN ():.....

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO TITULAR

Apellido y Nombre:.....
 Masculino
Sexo: Femenino Estado Civil:..... Tipo Doc.:..... N°:.....
Fecha Nacimiento:...../...../..... Nacionalidad/País:.....
Domicilio – Calle:..... N°:..... Piso:..... Dto:.....
Localidad:..... Provincia:..... C.P....(.....).Tel:...(.....)-.....

DATOS LABORALES

Empleador ():..... Legajo:.....
Sueldo: \$ 1° Aporte:/..... CUIL:-.....-.....

GRUPO FAMILIAR

Apellido y Nombre:..... Sexo:..... Estado Civil:.....
Fecha Nacimiento:...../...../..... Tipo Doc.:..... N°:..... Nacionalidad:.....
Estudia:..... Trabaja:..... Incapacitado:..... Parentesco:.....
Sueldo: \$ 1° Aporte:/..... CUIL:-.....-.....

Apellido y Nombre:..... Sexo:..... Estado Civil:.....
Fecha Nacimiento:...../...../..... Tipo Doc.:..... N°:..... Nacionalidad:.....
Estudia:..... Trabaja:..... Incapacitado:..... Parentesco:.....
Sueldo: \$ 1° Aporte:/..... CUIL:-.....-.....

Apellido y Nombre:..... Sexo:..... Estado Civil:.....
Fecha Nacimiento:...../...../..... Tipo Doc.:..... N°:..... Nacionalidad:.....
Estudia:..... Trabaja:..... Incapacitado:..... Parentesco:.....
Sueldo: \$ 1° Aporte:/..... CUIL:-.....-.....

Apellido y Nombre:..... Sexo:..... Estado Civil:.....
Fecha Nacimiento:...../...../..... Tipo Doc.:..... N°:..... Nacionalidad:.....
Estudia:..... Trabaja:..... Incapacitado:..... Parentesco:.....
Sueldo: \$ 1° Aporte:/..... CUIL:-.....-.....

GRUPO FAMILIAR (CONTINUACIÓN)

Apellido y Nombre: Sexo: Estado Civil:
 Fecha Nacimiento:/...../..... Tipo Doc.: N°: Nacionalidad:
 Estudia: Trabaja: Incapacitado: Parentesco:
 Sueldo: \$ 1° Aporte:/...../..... CUIL:-.....-.....

Apellido y Nombre: Sexo: Estado Civil:
 Fecha Nacimiento:/...../..... Tipo Doc.: N°: Nacionalidad:
 Estudia: Trabaja: Incapacitado: Parentesco:
 Sueldo: \$ 1° Aporte:/...../..... CUIL:-.....-.....

Apellido y Nombre: Sexo: Estado Civil:
 Fecha Nacimiento:/...../..... Tipo Doc.: N°: Nacionalidad:
 Estudia: Trabaja: Incapacitado: Parentesco:
 Sueldo: \$ 1° Aporte:/...../..... CUIL:-.....-.....

Apellido y Nombre: Sexo: Estado Civil:
 Fecha Nacimiento:/...../..... Tipo Doc.: N°: Nacionalidad:
 Estudia: Trabaja: Incapacitado: Parentesco:
 Sueldo: \$ 1° Aporte:/...../..... CUIL:-.....-.....

EL QUE SUSCRIBE,MANIFIESTA CON
 CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, QUE LOS DATOS ANTES CONSIGNADOS CORRESPONDEN A SU ACTUAL
 SITUACIÓN FAMILIAR Y LABORAL, COMPROMETIÉNDOSE A COMUNICAR CUALQUIER CAMBIO DE LOS MISMOS.

..... DE DE
 LUGAR DIA MES AÑO

FIRMA – AFILIADO TITULAR FIRMA Y SELLO – DTO. PERSONAL

Confecciono: ____/____/____ FECHA	Reviso: ____/____/____ FECHA	Ingreso al sistema: ____/____/____ FECHA
_____ FIRMA	_____ FIRMA	_____ FIRMA
_____ ACLARACIÓN	_____ ACLARACIÓN	_____ ACLARACIÓN