

DATOS DEL APORTANTE

Apellido y Nombre: _____

D.N.I.: _____ CUIL: - - Estado Civil: _____ Fecha Nacimiento: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Inició un expediente con anterioridad en este Instituto?, en caso afirmativo indique el número de expediente? _____

¿Registra aportes en otras cajas? _____ ¿En cuál/es?: _____

DATOS EMPLEADORES

Detalle sintéticamente TODA la Historia Laboral **con o sin relación de dependencia**, con aporte del Estado Nacional, Provincial y/o Municipal, SIN OMISIÓN:

Empleador	Observación

GRUPO FAMILIAR

Apellido y Nombre	Parentesco	Edad	Incapacidad

DATOS DE CONTACTO Y NOTIFICACIONES

Quien suscribe la presente solicitud, reconoce como válidas todas las notificaciones electrónicas efectuadas en los medios de contacto aquí proporcionados.

Teléfono: _____ Teléfono 2: _____ Correo Electrónico: _____

DATOS APODERADO /REPRESENTANTE LEGAL (Opcional)

En caso de querer nombrar un apoderado o representante legal, deberá acompañar el poder correspondiente. A fin de que el mismo tenga validez deberá adjuntar al presente formulario el Poder que faculta a realizar los trámites en este Instituto en nombre del AFILIADO / APORTANTE, caso contrario, solamente se notificará al teléfono / correo electrónico del AFILIADO / APORTANTE:

Apellido y Nombre: _____

Teléfono: _____ Teléfono 2: _____ Correo Electrónico: _____

Apellido y Nombre: _____

Teléfono: _____ Teléfono 2: _____ Correo Electrónico: _____

Declaro bajo juramento que los datos consignados son ciertos e íntegros, no habiéndose omitido ni falseado información, así como la veracidad de la documental que se acompaña y mediante la que se acredita el carácter y la información vertida por la que soy plenamente responsable. Suscribo el presente documento en conocimiento de las penalidades previstas en el Art. 293 del Código Penal Argentino.

Firma: _____ DNI: _____ Aclaración: _____

Lugar y Fecha: _____ Calidad: _____

Observaciones:
