

Foto 4 x 4

_____ de _____ / 20 _____

Carnet actual N° _____ Deleg. / Seccional _____

Carnet anterior N° _____ Fecha de Ingreso _____ / _____ / _____

Apellido _____

Nombres _____

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Sexo _____

Nacionalidad _____ Estado Civil _____

L.E. L.C. D.N.I. (*) N° _____ C.U.I.L. N° _____

Provincia _____ Localidad _____

Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____ Cód. Postal: _____

Tel. fijo _____ Celular _____

Email _____ Propietario(**) SI NO

Obra Social _____ Carnet N° _____

Profesión _____

Especialidad _____

Donante(**) SI NO Grupo Sanguíneo _____ Factor _____

ÚLTIMO RECIBO DE SUELDO

Empresa _____

C.U.I.T. N° _____ Mes _____ Año _____

Fecha ingreso Empresa _____ / _____ / _____ Importe _____ Aporte _____

(*) Tachar lo que no corresponda

(**) Marcar con X lo que corresponda (indicar todas las variantes en que está incluido)

Requisitos: El formulario debe acompañarse con una fotografía 4 x 4 con nombre y apellido al dorso de la misma.

1 Fotocopia del Documento Nacional de Identidad DNI frente y dorso. 1 Fotocopia de último recibo de haberes .

GRUPO FAMILIAR PRIMARIO / OTROS FAMILIARES O PERSONAS A CARGO

Apellido y Nombres Fecha Nacimiento Parentesco Estado Civil D.N.I. E-mail Tel.

Apellido y Nombres	Fecha Nacimiento	Parentesco	Estado Civil	D.N.I.	E-mail	Tel.

Observaciones _____

<input type="text"/>	"El presente formulario tiene carácter de declaración jurada"
Firma Afiliado	Aclaración

RESERVADO PARA U.P.S.R.A. -DELEGACIÓN/SECCIONAL-

<input type="text"/>	Recibida el / /
	Lugar
	Aclaración
Firma	

RESERVADO PARA U.P.S.R.A. -CENTRAL-

<input type="text"/>	Fecha / /
	Nuevo Número Otorgado
Firma del receptor del formulario	