



## FICHA DE AFILIACIÓN

Apellido:..... Nombres:.....

Doc. Ident. Tipo..... N°:..... Fecha Nac.: ...../...../.....

CUIL: .....-.....-..... N° Afiliado IOMA :.....

Estado Civil: Casado  Soltero  Viudo  Divorciado  Nacionalidad:.....

Domicilio:.....N°.....Localidad:.....

Distrito..... Provincia:..... CP:..... Tel:.....

Celular : (.....) - ..... Email.....

EXCLUSIVAMENTE PARA AFILIADOS JUBILADOS N° de Jubilación :.....

## ESTABLECIMIENTO DONDE PRESTA SERVICIOS

## ESTATAL

Esc.: \_\_\_\_ N°: \_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Nivel / Modal.: \_\_\_\_\_

Secuencia N°: \_\_\_\_\_ Sit. Rev.: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

## PRIVADA

N° de DIPREGEP de Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Sit. Rev.: \_\_\_\_\_ Nivel / Modal.: \_\_\_\_\_

## PAGO DE APORTES SINDICALES

En Sede Descuento por escuela 

## GRUPO FAMILIAR DIRECTO

FILIACIÓN	APELLIDO Y NOMBRES	N° DE DOCUMENTO	N° DE IOMA	FECHA NAC.

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente ficha de afiliación son correctos y completos y que he confeccionado la presente sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

Solicito se descuenta de mis haberes, activo (DGCyE) o jubilado (IPS) y/o por medios electrónicos de pago legalmente autorizados, los importes de cuota sindical y de coseguro, correspondientes conforme hayan sido establecidos por UDOCBA.

LUGAR y FECHA

FIRMA AFILIADO



DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente ficha de afiliación son correctos y completos y que he confeccionado la presente sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

Solicito se descuenta de mis haberes, activo (DGCyE) o jubilado (IPS) y/o por medios electrónicos de pago legalmente autorizados, los importes de cuota sindical y de coseguro, correspondientes conforme hayan sido establecidos por UDOCBA.

Apellido y Nombres: ..... Nacionalidad: .....

Fecha Nacimiento: ...../...../..... Tipo Documento: ..... N°:..... CUIL: .....-.....-.....

Domicilio:..... Distrito: ..... CP: .....

Sec.: ..... Dist.Lab.: ..... Lugar y fecha: .....

FIRMA CERTIFICANTE  
SINDICATO

FIRMA AFILIADO