

Fecha: ____ / ____ / ____

DATOS DEL AFILIADO

Nombre _____

N.º de afiliado _____ Documento _____

DOMICILIO A TODOS LOS EFECTOS INCL. ART 27 DEL CT

Departamento _____ Localidad _____

Calle _____ Número _____

Apto. _____ Otros _____

Código postal _____

Teléfono fijo _____ Teléfono Celular _____

DOMICILIO DE ESCRIBANÍA

Departamento _____ Localidad _____

Calle _____ Número _____

Apto. _____ Otros _____

Código postal _____

Teléfono fijo _____ Teléfono Celular _____

DOMICILIO PARTICULAR

Departamento _____ Localidad _____

Calle _____ Número _____

Apto. _____ Otros _____

Código postal _____

Teléfono fijo _____

Teléfono Celular _____

FIRMA Y RECEPCIÓN

Firma del afiliado / solicitante

Funcionario receptor

Fecha recibido
