

AFILIACIÓN GRUPO FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

(*)C.U.I.L.

Apellido y Nombre (1)(*)				Tipo Doc.(2)(*)					
Domicilio - Calle(3)(*)				Numero(*)		Piso		Dpto.	
Barrio(*)			Localidad(*)			Provincia(*)		C.Postal	
Nacionalidad		Telefono(4) ()-		Correo Electronico					
Fecha Nacimiento (*)		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Discapacitado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vinculo(11)		Estudia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

(*)C.U.I.L.

Apellido y Nombre (1)(*)				Tipo Doc.(2)(*)					
Domicilio - Calle(3)(*)				Numero(*)		Piso		Dpto.	
Barrio(*)			Localidad(*)			Provincia(*)		C.Postal	
Nacionalidad		Telefono(4) ()-		Correo Electronico					
Fecha Nacimiento (*)		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Discapacitado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vinculo(11)		Estudia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

(*)C.U.I.L.

Apellido y Nombre (1)(*)				Tipo Doc.(2)(*)					
Domicilio - Calle(3)(*)				Numero(*)		Piso		Dpto.	
Barrio(*)			Localidad(*)			Provincia(*)		C.Postal	
Nacionalidad		Telefono(4) ()-		Correo Electronico					
Fecha Nacimiento (*)		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Discapacitado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vinculo(11)		Estudia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

(*)C.U.I.L.

Apellido y Nombre (1)(*)				Tipo Doc.(2)(*)					
Domicilio - Calle(3)(*)				Numero(*)		Piso		Dpto.	
Barrio(*)			Localidad(*)			Provincia(*)		C.Postal	
Nacionalidad		Telefono(4) ()-		Correo Electronico					
Fecha Nacimiento (*)		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Discapacitado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vinculo(11)		Estudia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

(*)C.U.I.L.

Apellido y Nombre (1)(*)				Tipo Doc.(2)(*)					
Domicilio - Calle(3)(*)				Numero(*)		Piso		Dpto.	
Barrio(*)			Localidad(*)			Provincia(*)		C.Postal	
Nacionalidad		Telefono(4) ()-		Correo Electronico					
Fecha Nacimiento (*)		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Discapacitado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vinculo(11)		Estudia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Referencias para completar datos familiares:

Vinculo: Hijo/a - Menor bajo Tutela - Menor a Cargo - Padre/Madre -Guarda en Tramite - Hijo Res. 603/01

Declaro bajo Juramento que los datos consignados son fiel expresión de la verdad comprometiéndome a informar al I.P.A.U.S.S. toda variante que se produzca en mi calidad de Afiliado Titular, como así también del grupo a mi cargo, por aplicación de las Leyes Provinciales y territoriales que rigen al I.P.A.U.S.S. -

Asimismo tomo conocimiento que la presentación de esta ficha NO implica la obtención de los beneficios asistenciales (Obra Social) hasta tanto no de cumplimiento a la presentación de la documentación pertinente en la oficina de Afiliaciones IPAUSS.

(Recibo de Hab., DNI, Autor. Desc. Hab., Normativas Vigentes)

Firma y sello del Director de Área

Firma y aclaración del Afiliado