



**ASOCIACION DEL PERSONAL
DE LOS
ORGANISMOS DE PREVISION SOCIAL**

MONTEVIDEO 690 CAP. FED. (1090) TEL.FAX.: 5811-4820 / 4830 / 4870
www.apops.org.ar * E-mail: apops@apops.org.ar



**PERSONERIA GREMIAL 442
"UNICO GREMIO ESPECIFICO DE LA PREVISION"**

AFILIACION

Datos Personales

Apellido y Nombre:			Nº Legajo:		
Fecha de Nacimiento:			Estado Civil:		
Tipo y Nº Doc.:			Domicilio:		
Nº:	Piso:	Dpto.:	Provincia:		
Localidad:			C. P.:	Teléfono:	
Celular/Otro:			Correo Electrónico:		

Lugar de Trabajo

Edificio/Udai:			Localidad:		
Domicilio:			Nº:	C. P.:	
Teléfono:			Correo Electronico:		
Gerencia:			Area o Udai:		
Cargo o Función:			Categoria:		
(*) Planta Permanente			(*) Planta Transitoria		

(*) Marque con (X) lo que corresponda

Datos Familiares

Dato de Esposa y/o Esposo o (Conviviente)		
Apellido y Nombre:		
Tipo y Nº Doc.:		Fecha de Nacimiento:
Datos de Hijos		
Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Doc.	Fecha de Nacimiento

Autorizo a la Administración Nacional de Seguridad Social a que del importe total mensual que percibo, se me descuenta el 3 % en calidad de afiliado a esta Asociación Sindical.

Por la presente declaro que los datos expuestos con anterioridad, son fieles y veraces, otorgando mi total consentimiento.

Fecha de Presentación: / / X
.....
Firma y Aclaración