

**Solicitud de Afiliación
Relación de Dependencia**

Departamento de Afiliaciones

La presente planilla reviste carácter de Declaración Jurada.

N° Transacción

Nombre y Apellido

Tipo de Documento CI DNI ET LC LE PAS N°Doc. CUIT CUIL N°

Fecha de Nacimiento Edad Años Sexo Fem. Mas. Nacionalidad Argentina Extranjero

Estado Civil CA. DIV. SEP. SOL. VIU. Fecha de Afiliación

Domicilio

Calle N° Piso Dpto. CP Localidad

Departamento/ Partido Provincia Tel. Particular*

Tel. Laboral* Tel. Móvil** Email***

Datos del Empleador

Nombre del Establecimiento Código del Establec. CUIT

Domicilio del Empleador N° CP

Ocupación (sólo para no docentes)

Situación de Revista para establecimientos docentes

Cargo Fecha de Revista

Ocupación Administrativo Docente Especial Profesional Servicios Generales

Tipo de Cargo Contratado Efectivo Provisorio Suplente Titular

Rama Docente Múltiple Estudios Especiales Guardería o Jardín No Docente Primaria Pluriempleo

Secundaria Técnica Terciaria Universitaria Horas Opción diferencia mínima

Datos de los Familiares

2

Nombre y Apellido

Tipo de Documento CI DNI ET LC LE PAS N°Doc. CUIT CUIL N°

Fecha de Nacimiento Edad Años Sexo Fem. Mas. Nacionalidad Argentina Extranjero

Estado Civil CA. DIV. SEP. SOL. VIU. Parentesco*

3

Nombre y Apellido

Tipo de Documento CI DNI ET LC LE PAS N°Doc. CUIT CUIL N°

Fecha de Nacimiento Edad Años Sexo Fem. Mas. Nacionalidad Argentina Extranjero

Estado Civil CA. DIV. SEP. SOL. VIU. Parentesco*

4

Nombre y Apellido

Tipo de Documento CI DNI ET LC LE PAS N°Doc. CUIT CUIL N°

Fecha de Nacimiento Edad Años Sexo Fem. Mas. Nacionalidad Argentina Extranjero

Estado Civil CA. DIV. SEP. SOL. VIU. Parentesco*

5

Nombre y Apellido

Tipo de Documento CI DNI ET LC LE PAS N°Doc. CUIT CUIL N°

Fecha de Nacimiento Edad Años Sexo Fem. Mas. Nacionalidad Argentina Extranjero

Estado Civil CA. DIV. SEP. SOL. VIU. Parentesco*

Lugar Fecha

Firma del Contralor de la docum. N° de Legajo

Firma del Afiliado en relación de dependencia Aclaración

* Indique el prefijo 0 y código de área.
** Indique código de área sin el prefijo 0 y 15.
*** Campo obligatorio

* Parentesco
Hijo/a - Concubino/a - Cónyuge - Hijo/a Incapacitado/a - Menor a cargo - Otros
NOTA: Si posee más integrantes del grupo familiar, acompañe con otro formulario FIB. I.1.,
aseñando los mismos a partir del casillero n° 2 de Datos Familiares y así sucesivamente.