

Formulario de actualización de datos

Datos personales	Fecha*: / /
Apellido/s y Nombre/s*	Nacionalidad*
Tipo y N° de Documento*	CUIL*
Fecha de Nacimiento* . / . / Estado Civil*2	Cant. de Hijos*1
Domicilio rural SI/NO Dirección*	
Localidad*	Pcia.*
Cod. Postal*	Categoría*
Obra Social anterior	Obra Social*
Obra Social anterior	Cant. de peronas a cargo*
Celular/es*() 15-	Telefono/s ()
E-mail*	
*1 Hijos biológicos, adoptados u otros con certificado legal de paternidad	
Apellido/s y Nombre/s	DNI
Fecha de nac. . / . / Incapacidad SI/NO Tipo de incapacidad	
Apellido/s y Nombre/s	DNI
Fecha de nac. . / . / Incapacidad SI/NO Tipo de incapacidad	
Apellido/s y Nombre/s	DNI
Fecha de nac. . / . / Incapacidad SI/NO Tipo de incapacidad	
Apellido/s y Nombre/s	DNI
Fecha de nac. . / . / Incapacidad SI/NO Tipo de incapacidad	
*2 Datos de cónyuge, concubina o conviviente	
Apellido/s y Nombre/s	Nacionalidad
Tipo y N° de Documento	CUIL
Fecha de Nacimiento . / . / Estado Civil	Cant. de Hijos*3
¿Trabaja? SI/NO ¿Acumula aportes? SI/NO Obra/s Social/es	
*3 Hijos sin certificado legal de paternidad	
Apellido/s y Nombre/s	DNI
Fecha de nac. . / . / Incapacidad SI/NO Tipo de incapacidad	
Apellido/s y Nombre/s	DNI
Fecha de nac. . / . / Incapacidad SI/NO Tipo de incapacidad	
Apellido/s y Nombre/s	DNI
Fecha de nac. . / . / Incapacidad SI/NO Tipo de incapacidad	
Datos de la empresa	Fecha de ingreso*: / /
Razón Social*	CUIT*
Domicilio*	Localidad*
Cod. Postal*	Pcia.*
Telefono/s*	E-mail*
Presentado por: N° de afiliado:	
Apellido/s y Nombre/s	Firma del presentante

* Datos obligatorios

En caso de necesitar más espacio para empresas o hijos, completar otro formulario solo en la parte correspondiente.

.....
Firma y aclaración del trabajador*