

Datos del titular

Afiliado N° _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y Nombre _____

Sexo: Masculino Femenino

Domicilio (calle, número, barrio y localidad) _____

Teléfono celular _____ Teléfono Fijo _____

Correo electrónico _____

Datos del familiar a ingresar

Apellido y Nombre _____ Parentesco con el titular _____

CUIL/DNI _____ Sexo: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento _____

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Domicilio (calle, número, barrio y localidad) **Especificar en el caso de que sea diferente al domicilio del titular.**

Teléfono celular _____ Teléfono Fijo _____

Correo electrónico _____

¿Desarrolla alguna actividad en relación de dependencia? SI NO ¿Aporta como monotributista? SI NO ¿Aporta como autónomo? SI NO (Adjuntar comprobante de pago)¿Es jubilado, pensionado, retirado nacional o de otra provincia? SI NO ¿Posee obra social obligatoria? SI NO ¿Cuál? _____

- ACEPTO EL APOORTE MENSUAL DE \$ _____ MONTO QUE SE AJUSTARA PERIODICAMENTE POR RESOLUCIÓN DE APROSS.
- ACEPTO Y CONOZCO EL RÉGIMEN DE CARENCIAS EN EL CASO DE QUE CORRESPONDA.
- ACEPTO MANTENER LA AFILIACIÓN OBLIGATORIA DE MI NIETO MENOR POR EL TÉRMINO DE 24 MESES CONTINUOS E ININTERRUMPIDOS DESDE ÉSTA INCORPORACIÓN.

Firma del Titular

Declaro bajo juramento que los datos e información precedentes son totalmente exactos y veraces sometiéndome a su verificación y haciéndome responsable de toda informalidad que pudiera dar lugar a transgresiones al régimen legal (Art. N°293 del Código Penal) y reglamentación especificada de Apross las que declaro conocer.

IMPORTANTE: El certificante deberá verificar la autenticidad y corrección de los datos con la documentación respectiva, asumiendo plena responsabilidad en forma conjunta con el declarante.

Firma del Titular_____
Firma y Sello del Certificante