

# Solicitud de afiliación

## Declaración Jurada.

N°: .....

N° de legajo: .....

### DATOS PERSONALES DEL DECLARANTE

Apellido y Nombres .....  
 Ministerio, Municipio o Poder en el que trabaja .....  
 Repartición o Entidad..... Tel: .....  
 Jubilado, Retirado o Pensionado de la Caja.....  
 Nacido en ..... el día ..... mes ..... año .....  
 L.E/L.C./D.N.I/D.U. N°: ..... Expedido por .....  
 Domicilio Real: ..... Nro. .... Dto. .... Tel.: .....  
 Localidad ..... Departamento .....

### DETALLE DE LAS PERSONAS A MI CARGO (\*)

#### A CÓNYUGE

Apellido y Nombres .....  
 Está empleado/a en ..... Localidad .....  
 Sueldo mensual ..... Otros ingresos .....  
 Nacido en ..... el día ..... mes ..... año .....  
 L.E/L.C./D.N.I/D.U. N°: ..... Expedido por .....  
 Acta Matrimonial N° ..... Lugar ..... Sec ..... Fecha: ...../...../.....

#### B OTRAS PERSONAS A MI CARGO

Apellido y Nombres .....  
 Está empleado/a en ..... Localidad .....  
 Sueldo mensual ..... Otros ingresos .....  
 Nacido en ..... el día ..... mes ..... año .....  
 L.E/L.C./D.N.I/D.U. N°: ..... Expedido por .....  
 Acta Matrimonial N° ..... Lugar ..... Sec ..... Fecha: ...../...../.....

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	LE/LC/DNI/DU
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que he confeccionado esta declaración jurada sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.**

LUGAR Y FECHA: .....

.....  
**Firma de afiliado directo**

(\*) Hijas e hijos solteros hasta 21 años de edad carentes de recursos propios; menores de edad bajo tutela otorgada por autoridad competente; conyuge cuando carezca de recursos propios; hijos mayores de 21 años incapacitados y padres a cargo total del afiliado. Podrán adherirse como familiares a cargo los siguientes: (A) Hermanos solteros menores de 18 años a cargo total del afiliado; (B) Otros familiares, hasta 2° grado de consanguinidad y primero de afinidad, a cargo del afiliado y convivencia efectiva con éste.  
**IMPORTANTE:** Cuando corresponda deberá acompañarse certificado de nacimiento del titular, certificado de matrimonio, de nacimiento de c/u de los hijos, certificado del Juez Letrado por el que conste tener bajo tutela a menores de 18 años; certificado de salud de los padres a cargo del titular y certificado de sueldo del cónyuge. Cualquier modificación de los datos precedentes (Cambios de domicilio, repartición o situación de revista) deberá informarse de inmediato al instituto.

## CERTIFICACIÓN DE FIRMA Y CARGO PARA EMPLEADOS EN PARTIDAS INDIVIDUALES

(Deberá ser efectuada por el Director, Administrador o Jefe de Dependencia).

Certifico que la firma que antecede es auténtica y pertenece a Don .....  
..... que desempeña el cargo de .....  
con la categoría..... en .....  
.....con una retribución mensual de .....  
(excluidas las asignaciones familiares) efectuandosele descuentos en calidad de aportes determinados en la Ley 868 por la suma de ..... mensuales. Fecha de ingreso a la Repartición ...../...../.....

Lugar .....

Fecha .....

.....  
Sello de la Repartición

.....  
Sello y firma de Funcionario Certificante

## CERTIFICACIÓN DE FIRMA Y CARGO PARA EMPLEADO SUPLENTE INTERINO Y JORNALIZADO PERMANENTE

(Deberá ser efectuada por el Director, Administrador o jefe de dependencia).

Certifico que la firma que antecede es auténtica y pertenece a Don .....  
..... cuyo ingreso se produjo el ...../...../..... y cesará el ...../...../.....  
de acuerdo al Decreto Resolución N°..... con una retribución mensual total de .....  
(excluidas las asignaciones familiares) efectuandosele descuentos en calidad de aportes determinados en la ley 868 por la suma de ..... mensuales.

Lugar .....

Fecha .....

.....  
Sello de la Repartición

.....  
Sello y firma de Funcionario Certificante

## CERTIFICACIÓN DE FIRMA Y CARGO PARA EMPLEADO O PERSONAS QUE SE ADHIERAN EN LOS TERMINOS DE LOS DISPUESTO POR EL ART. 2° LEY 868/73

(Deberá ser efectuada por el Directivo, o Responsable de la entidad Adherida).

Certifico que la firma que antecede es auténtica y pertenece a Don .....  
..... que presta servicios en esta institución en caracter de .....  
.....con una retribución mensual total de .....  
(excluidas las asignaciones familiares) efectuandosele descuentos en calidad de aportes determinados en la ley 868 por la suma de ..... mensuales. Fecha de ingreso en la Entidad Adherida ...../...../.....  
Dirección Postal .....

Lugar .....

Fecha .....

.....  
Sello y firma del Responsable de la Entidad Adherida

## CERTIFICACIÓN DE FIRMA PARA JUBILADOS, RETIRADOS O PENSIONADOS DE LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE RÍO NEGRO O DE OTRA CAJA NACIONAL, PROV. O MUNICIPAL

(Deberá ser efectuada por Juez de Paz o Funcionario de la Caja).

Certifico que la firma que antecede es auténtica y pertenece a Don .....  
..... Jubilado Pensionado N° ..... según credencial que tuve a la vista.

Lugar .....

Fecha .....

.....  
Sello de la Repartición

.....  
Sello y firma de Funcionario

## CERTIFICACIÓN DE FIRMA PARA PERSONAS DESPROTEGIDAS O INDIGENTES

(Deberá ser efectuada por funcionario de Salud Pública).

Certifico que la firma que antecede es auténtica y pertenece a Don .....  
.....que no cuenta con la protección asistencial, quedando obligado el Estado Provincial a efectuar los aportes indicados en el inciso (h) del artículo 13° de la Ley 868.

Lugar .....

Fecha .....

.....  
Sello de la Repartición

.....  
Sello y firma de Funcionario