



# CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL para los Psicólogos de la Pcia. de Buenos Aires

## FICHA DE AFILIACION

Fecha de Ingreso:...../...../.....

Apellido y Nombres: .....

Tipo y Nº de DNI: ..... Fecha de Nacimiento ..... Sexo F - M..

### DOMICILIO PARTICULAR: (Los datos deben estar completos)

Calle..... Nº ..... e/..... y.....

Piso..... Dto..... Localidad..... CP..... TE.....

Cel..... Te. Profesional..... e-mail.....

Profesion..... Domicilio profesional..... Cobertura Médica.....

Deportes..... Activo SI - NO ..... Jubilado SI - NO

### INTEGRANTES A CARGO

Apellido y Nombres: ..... Parentesco.....

Tipo y Nº de DNI: ..... Fecha de Nacimiento ..... Sexo F - M..

Profesion ..... Cobertura médica.....

Apellido y Nombres: ..... Parentesco.....

Tipo y Nº de DNI: ..... Fecha de Nacimiento ..... Sexo F - M..

Profesion ..... Cobertura médica.....

Apellido y Nombres: ..... Parentesco.....

Tipo y Nº de DNI: ..... Fecha de Nacimiento ..... Sexo F - M..

Profesion ..... Cobertura médica.....

Apellido y Nombres: ..... Parentesco.....

Tipo y Nº de DNI: ..... Fecha de Nacimiento ..... Sexo F - M..

Profesion ..... Cobertura médica.....

**OBSERVACIONES:** Los datos consignados tienen carácter de Declaración Jurada, cualquier falsedad comprobada dará derecho a cancelar la afiliación en forma inmediata. La firma de la presente ficha implica la aceptación de conformidad con el Reglamento de funcionamiento del servicio.

**IMPORTANTE:** Inscripción condicionada a la afiliación de mil (1.000) personas hasta el 31/10/2010-

FIRMA DEL SOLICITANTE

ACLARACION DE FIRMA DEL SOLICITANTE

LUGAR Y FECHA