

Afiliado UPCN N°: _____

Fecha de presentación: ____ / ____ / ____ .

SIN PEDIDO DE BAJA CONTINUARÁ AFILIADO COMO TRÁMITE JUBILATORIO

DATOS PERSONALES . Adjuntar fotocopia de DNI

Apellido y Nombres: _____

Tipo y N° DNI: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo: _____ Estado Civil: _____ N° IOMA: _____

Domicilio . Calles: _____ N°: _____

Localidad: _____ Partido: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Email: _____ Celular: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Factor: _____ Donante voluntario: SI/NO Discapitado: SI/NO

DATOS LABORALES . Adjuntar fotocopia de recibo de sueldo y fotocopia de CBU

Ministerio / Repartición: _____ N° de Legajo: _____ N° de CBU: _____

Domicilio laboral: _____

Admin./Docente/Auxiliar | Escuela: _____ Distrito: _____

FAMILIARES A CARGO . Adjuntar fotocopia del carnet de IOMA correspondiente a cada familiar

APPELLIDO Y NOMBRES	PARENTESCO	BARRA IOMA	DNI	FECHA NAC.	DISC.	PARTIDO RESIDENCIA

Autoriza a la Contaduría General de la Provincia y/o a las Direcciones de Administración a retener mensualmente de sus haberes, en favor de la Unión Personal Civil de la Nación, Seccional Provincia de Buenos Aires, el importe que la organización fije en concepto de cuota:

SINDICAL Firma: _____ **SINDICAL / SOCIAL** Firma: _____
Turismo | Recreación | Deportes | Préstamos | Defensa Gremial al Trabajador Coseguro Médico | Subsidios

SI/ SO/ BONO SOLIDARIO Firma: _____ **SI/ SO/ B.S./ BONO CASA** Firma: _____

Los beneficios no contarán con tiempo de carencia. Para obtener el mismo, será requisito excluyente permanecer afiliado social y gremial por el término de 18 meses, contando a partir de la obtención del beneficio.

Los beneficios no contarán con tiempo de carencia. Para obtener el mismo, será requisito excluyente permanecer afiliado social y gremial por el término de 18 meses, contando a partir de la obtención del beneficio.

El abajo firmante, agente (Apellido y Nombre) _____ Legajo N° _____
DNIN° _____ que presta servicios en el Ministerio/Repartición _____

Autoriza a la Contaduría General de la Provincia y/o a las Direcciones de Administración a retener mensualmente de sus haberes, en favor de la Unión Personal Civil de la Nación, Seccional Provincia de Buenos Aires, el importe que la organización fije en concepto de cuota:

SINDICAL Firma: _____ **SINDICAL / SOCIAL** Firma: _____
Turismo | Recreación | Deportes | Préstamos | Defensa Gremial al Trabajador Coseguro Médico | Subsidios

SI/ SO/ BONO SOLIDARIO Firma: _____ **SI/ SO/ B.S./ BONO CASA** Firma: _____