



**UNION DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACION**  
 SECCIONAL PROVINCIA DE BUENOS AIRES PERSONERÍA GREMIAL 95 ADHERIDA A LA C.C.T.  
 Avda. 13 y 50 - La Plata (1900) - Tels: (0221) 425-8925 - 0800-88872922  
 www.upcnba.org  
 SIN PEDIDO DE BAJA CONTINUARÁ AFILIADO COMO TRÁMITE JUBILATORIO

# SOLICITUD DE INGRESO

Fecha de presentación: ...../...../.....

N° de Afiliado:.....

SECCIONAL PROVINCIA DE BUENOS AIRES

## DATOS PERSONALES . Adjuntar fotocopia de DNI

Apellido y Nombre:.....

Tipo y N° Doc:..... Fecha de nacimiento...../...../.....

Sexo: F / M | Estado civil:.....

Domicilio / Calle..... N°.....

Localidad:..... Partido:..... Cod. Postal:.....

Observación:..... Celular:..... Fijo:.....

E-mail: SI/NO.....

Domicilio Postal (en caso de diferir del residencial) Calle:.....N°.....

¿Presenta alguna discapacidad? SI / NO.....

## DATOS LABORALES . Adjuntar fotocopia de recibo de sueldo

Ministerio / Repartición:..... N° de legajo:.....

N° CBU: ..... N° IOMA:...../00

Domicilio  Tránsito permanente (Choferes, mantenimiento escuelas, etc.)

Calle:..... N°.....

Localidad: .....

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

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

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

Autorizo a retener mensualmente de mis haberes los importes que est organización fija en concepto de cuota: Activo/Pasivo

**SINDICAL**   
 Turismo | Recreación | Deportes  
 Préstamos | Defensa Gremial al Trabajador

**SOCIAL**   
 Coseguro Médico  
 Subsidios

**BONO SOLIDARIO**

**BONO CASA**

\_\_\_\_\_  
 Firma solicitante

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° \_\_\_\_\_  
 DNI N° \_\_\_\_\_ 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**

**SOCIAL**

**BONO SOLIDARIO**

**BONO CASA**

\_\_\_\_\_  
 Firma solicitante