Caja de Previsión Profesional La Pampa

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

SANTA ROSA,_____/_____/_____

Señor Presidente de la
Caja de Previsión Profesional de La Pampa
S.D._____

Me Dirijo a Usted a fin de consignar datos para la confección de mi legajo personal.-

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno:_____

Nombres: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: _____/_____ /_____ Nacionalidad: _____

Si es Argentino Nativo: Provincia: _____

Tipo y Nro. de Documento: _____ Cédula de Identidad Nro:_____

Expedida por Policia de: _____ Estado Civil:_____

Fecha de Sep. Legal: _____/_____ /_____ Fecha de Sep. de Hecho: _____/_____ /_____

Profesión: _____ Matrícula Prov. Nro.: _____

Fecha de Matrícula: _____/_____/ _____

Parentesco	Nombre y Apellido	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Incapacitado?	¿Está a su Cargo?	Sexo	Fecha de Nacimiento
Padre							
Madre							

Es jubilado, pensionado o retirado?:_____ Caja que Otorgó el beneficio: _____
Nro. de Beneficio: _____ Haber Mensual: _____
Domicilio Real Calle:_____ Nro.:_____ Localidad:_____
Provincia: _____ Tel/Fax: _____ E-mail: _____

Domicilio Profesional Calle:_____ Nro.:_____ Localidad:_____
Provincia: _____ Tel/Fax: _____ E-mail: _____

Saludo a Usted Atentamente.-

.....