



# ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE AFILIACIÓN

## 1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres:

DNI:  CUIT/CUIL:  Fecha de Nac.:

Estado Civil: Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Nacionalidad:

Domicilio:  Barrio:

Piso:  Dpto  Torre/Casa:  Manzana:

Localidad:  Provincia:  C.P.

Celular:  Teléfono:

Correo Electrónico:

## 2. DATOS PROFESIONALES

Profesión:  Matrícula:  Fecha Mat.:

Universidad:

(En otras provincias)

Colegio:  Matrícula:  Fecha Mat.:

Colegio:  Matrícula:  Fecha Mat.:

### Domicilio/s Laboral/es:

Lugar de trabajo 1:  Domicilio:

Lugar de trabajo 2:  Domicilio:

Me notifico que, de conformidad con lo normado por el art. 10º de la Ley 6.757, es obligación del afiliado, suministrar la información que se requiera con los fines de la Caja como así también informar cualquier modificación en los datos informados, en el término de 30 días de producido, siendo de mi exclusiva responsabilidad las consecuencias que pudieran derivar de tal incumplimiento. La Caja remitirá sus comunicaciones a la dirección que en la presente se declara, siendo válidas las mismas, hasta tanto el afiliado comunique fehacientemente que la misma ha cambiado.

## 3.- DATOS DE LOS BENEFICIARIOS: a continuación designó a las siguientes personas como beneficiarias de los subsidios o beneficios que otorgue la Caja, en caso de mi fallecimiento.

Apellido y Nombre	Parentesco	DNI	% Benef.	Domicilio	Celular/Telef.

Recepción	Proceso	Control

Fecha:

Firma y Aclaración Afiliado/a