

• Datos personales de la persona beneficiaria (por favor completar en letra clara)

Apellido		Nombre	
Sexo		D.N.I. N°	
		Fecha de Nacimiento	
Estado civil		Legajo	
Domicilio Calle		N°	
		Piso	
		Depto.	
C.P.		Barrio	
		Localidad	
		Provincia	
Teléfono		Email	

• Tipo de Personal

1. Personal ☐ NoDocente ☐ Docente ☐ Persona Contratada ☐ Persona Becaria
2. Carácter ☐ Titular ☐ Suplente ☐ Persona Graduada ☐ Estudiante ☐ Personal Interino

Dependencia UTN

En otro/s organismo/s donde presta servicio/s
(Administración Pública Nacional, Provincial, Municipal, Empresas del Estado, Actividad Privada.)

Empresa o Institución en la cual se desempeña	Obra social que brinda cobertura

Autorizo a la Secretaría Administrativa de la Universidad Tecnológica Nacional el descuento automático del aporte mensual correspondiente.

• Datos del grupo familiar

Apellido y Nombres	Parentesco	Fecha de nacimiento	D.N.I.	¿Posee otra obra social? (indique cuál)

- ☐ Los datos consignados tienen carácter de declaración jurada, y manifiesto conocer y aceptar las reglamentaciones vigentes y sus modificaciones del Reglamento de Afiliaciones.
- ☐ Dejo expreso mi consentimiento de que conozco y acepto los cargos que se puedan descontar de mis haberes por la inclusión de mi grupo familiar.

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma de la persona afiliada

.....
Aclaración