

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

|                                            |                      |                     |                      |
|--------------------------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| Apellido                                   | <input type="text"/> | Nombre              | <input type="text"/> |
| Género                                     | <input type="text"/> | D.N.I. N°           | <input type="text"/> |
|                                            |                      | Fecha de Nacimiento | <input type="text"/> |
| Estado civil                               | <input type="text"/> | Legajo              | <input type="text"/> |
| Domicilio Calle                            | <input type="text"/> | N°                  | <input type="text"/> |
|                                            |                      | Piso                | <input type="text"/> |
|                                            |                      | Depto.              | <input type="text"/> |
| C.P.                                       | <input type="text"/> | Barrio              | <input type="text"/> |
|                                            |                      | Localidad           | <input type="text"/> |
|                                            |                      | Provincia           | <input type="text"/> |
| Teléfono                                   | <input type="text"/> | Email               | <input type="text"/> |
| Dependencia de UTN donde presta servicios: | <input type="text"/> |                     |                      |

## • Datos adherente

Por medio de la presente solicito la incorporación al PLAN DE ADHERENTES del siguiente familiar:

|                 |                      |                     |                      |
|-----------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| Apellido        | <input type="text"/> | Nombre              | <input type="text"/> |
| Género          | <input type="text"/> | D.N.I. N°           | <input type="text"/> |
|                 |                      | Fecha de Nacimiento | <input type="text"/> |
| Estado civil    | <input type="text"/> | Parentesco          | <input type="text"/> |
| Domicilio Calle | <input type="text"/> | N°                  | <input type="text"/> |
|                 |                      | Piso                | <input type="text"/> |
|                 |                      | Depto.              | <input type="text"/> |
| C.P.            | <input type="text"/> | Barrio              | <input type="text"/> |
|                 |                      | Localidad           | <input type="text"/> |
|                 |                      | Provincia           | <input type="text"/> |
| Teléfono        | <input type="text"/> | Email               | <input type="text"/> |

Autorizo a la Secretaría Administrativa de la Universidad Tecnológica Nacional el descuento automático del aporte mensual correspondiente  
**Queda expresamente indicado que los datos consignados tienen carácter de declaración jurada**

.....  
Lugar y Fecha

.....  
Firma de la persona titular

.....  
Aclaración

## • Datos del grupo familiar

En mi carácter de persona beneficiaria de la D.A.S.U.Te.N. solicito quiera tener a bien disponer, conforme lo determinan las disposiciones en vigencia, que declaro incluir, el ingreso de los siguientes integrantes de mi grupo familiar.  
Asimismo en este acto asumo la responsabilidad total de los riesgos y gastos emergentes, originados por afiliaciones indebidas.

| Cred | Apellido y Nombres | Parentesco | Fecha de nacimiento | Documento |    |
|------|--------------------|------------|---------------------|-----------|----|
|      |                    |            |                     | Tipo      | N° |
|      |                    |            |                     |           |    |
|      |                    |            |                     |           |    |
|      |                    |            |                     |           |    |
|      |                    |            |                     |           |    |
|      |                    |            |                     |           |    |
|      |                    |            |                     |           |    |
|      |                    |            |                     |           |    |

Autorizo a la Secretaría Administrativa de la Universidad Tecnológica Nacional el descuento automático del aporte mensual correspondiente  
**Queda expresamente indicado que los datos consignados tienen carácter de declaración jurada**

.....  
Lugar y Fecha

.....  
Firma de la persona titular

.....  
Aclaración

## • Reservado para la repartición

Certifico que el titular presta servicios en la Unidad Tecnológica Nacional.  
Que ha percibido haberes en forma regular hasta el ...../...../.....



Sello del establecimiento

.....  
Firma del responsable del establecimiento

.....  
Aclaración