

Lugar: Fecha: de de Plan de Asociado: Valor cuota: \$

Apellido/s y Nombre/s.....

Domicilio particular: N° Tel. part:

Localidad Partido

Ministerio / Actividad Repartición/ Rubro

Email Legajo

Domicilio laboral: N° Tel.:

Localidad Partido

IOMA N° Documento Tipo y N°:

Nacionalidad: Fecha de Nacimiento: Estado Civil:

FAMILIARES A CARGO

APELLIDO/S Y NOMBRE/S	FECHA DE NAC.	PARENTESCO	DNI	N° DE IOMA

Firma del solicitante:

Aclaración de Firma:

SOLICITUD DE ASOCIADO . TALÓN PARA LA DELEGACIÓN

El abajo firmante, agente de partida individual del presupuesto
 Leg. N° DNI, que presta servicios en el
 Ministerio y/o Municipio de Repartición

AUTORIZA a la Contaduría General de la Provincia y/o a la Dirección de Administración y/o Municipio, a retener mensualmente de sus
 haberes, a favor de la Asociación Mutual de Asociados a la Unión del Personal Civil de la Nación, en concepto de
, la suma de pesos (\$).

Firma del solicitante:

Aclaración de Firma: