

Señor Presidente de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires: Atento la **Afiliación Obligatoria** dispuesta por los Artículos 3º, 4º, 6º, 44º y 45º siguientes y concordantes por la Ley 12,207 a los efectos de mi correcta incorporación al Registro Previsional de esta Caja, cumpro en suministrar a continuación - bajo juramento de Ley- los datos personales y profesionales pertinentes.

MATRICULA: /

APELLIDO/S:

NOMBRE/S:

SEXO: F M X FECHA DE NACIMIENTO: / / LUGAR DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD: NUMERO DE DNI: ESTADO CIVIL:

UNIVERSIDAD OTORGANTE DEL TITULO: FECHA DE TITULO: / /

REVALIDA DEL TITULO EN LA REP. ARGENTINA: FECHA DE REVALIDA: / /

NUMERO DE CUIT/CUIL: - - FECHA DE COLEGIACION: / /

INSCRIPCION EN OTRAS JURISDICCIONES (Matrícula Nacional u otra Pcia.): FECHA: / /

DOMICILIO PARTICULAR (Indicar el domicilio en el cual habitualmente reside)

CALLE: NUMERO: PISO: DEPTO:

LOCALIDAD: COD. POS.: TELEFONO:

DOMICILIO POSTAL (Indicar si desea recibir la correspondencia en otro domicilio)

CALLE: NUMERO: PISO: DEPTO:

LOCALIDAD: COD. POS.: TELEFONO:

DOMICILIOS PROFESIONALES

➤ **CONSULTORIO PARTICULAR (en jurisdicción de la Pcia. de Bs. As.)**

CALLE	NUMERO	PISO	DEPTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LOCALIDAD	COD. POS.	TELEFONO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

➤ **ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS O DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	LOCALIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>

MODALIDAD DE CONTRATACION
Residente Contratado Planta Permanente Carga Horaria Desde..... Hasta

➤ **ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS O DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	LOCALIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>

MODALIDAD DE CONTRATACION
Residente Contratado Planta Permanente Carga Horaria Desde..... Hasta

➤ **FUERA DE LA JURISDICCION DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	LOCALIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>

FAMILIARES

➤ **PADRE (Apellido y Nombres completos)**

<input type="text"/>	¿vive? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
----------------------	--

FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACION	¿Convive con el Afiliado?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

➤ **MADRE (Apellido y Nombres completos)**

<input type="text"/>	¿vive? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
----------------------	--

FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACION	¿Convive con el Afiliado?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

➤ **CONYUGE (Apellido y Nombres completos)**

<input type="text"/>

FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE NUPCIAS	DNI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OCUPACION	NUMERO DE CUIT/CUIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>

FME 006 REV 009

➤ CONVIVIENTE o UNION CONVIVENCIAL (Apellido y Nombres completos)

FECHA DE NACIMIENTO						INICIO DE CONVIVENCIA						DNI											
/		/				/		/															
OCUPACION												NUMERO DE CUIT/CUIL											
												-						-					

➤ HIJO (Apellido y Nombres completos)

FECHA DE NACIMIENTO						DNI						¿A cargo del Afiliado?											
/		/										si		no									

➤ HIJO (Apellido y Nombres completos)

FECHA DE NACIMIENTO						DNI						¿A cargo del Afiliado?											
/		/										si		no									

➤ HIJO (Apellido y Nombres completos)

FECHA DE NACIMIENTO						DNI						¿A cargo del Afiliado?											
/		/										si		no									

FME 006 REV 009

INSCRIPCION EN OTROS DISTRITOS FECHA.....

ESPECIALIDAD

CORREO ELECTRONICO CELULAR

Manifestación Final

DECLARO BAJO JURAMENTO que la totalidad de la información inserta en la presente ficha ha sido suministrada por mi y son fiel reflejo de mis datos personales y profesionales. A todos los efectos legales derivados de la afiliación, trámites y/o requerimientos que se deban formular **constituyo domicilio especial en el domicilio particular suministrado**, cuya vigencia se mantendrá hasta que por medio fehaciente comunique cualquier modificación al respecto. Del mismo modo, me obligo por la presente a notificar a la **Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires** todo cambio y/o novedad en los datos personales y profesionales consignados, siendo de mi exclusiva responsabilidad las consecuencias que la omisión a tal obligación pudiera ocasionar.

_____ FIRMA

Intervenido en Delegación:.....

Fecha:.....

Certifico que las firmas que anteceden fueron puestas en mi presencia, de lo que DOY FE.

_____ FIRMA Y SELLO RESPONSABLE