



25 de Mayo 890 - Dorrego - Guaymallén | Tel. 4315001- 4312767  
CUIT: 33 - 70801833 - 9 | P.G: N° 1668  
www.ampros.org.ar | info@ampros.org.ar

## SOLICITUD AFILIACION

### INFORMACION PERSONAL

Apellido y Nombres:.....  
Profesión:..... Matrícula N°:.....  
Especialidad: ..... Estado Civil:..... N° hijos:.....  
Tipo y N° Documento: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....  
E-mail: .....  
Teléfono fijo: ..... Teléfono móvil: .....  
Domicilio particular: .....  
Localidad: ..... C.P.: ..... Departamento:.....  
Nacionalidad:..... Nro. CUIL:.....  
JUBILADO:  SI /  NO

### INSTITUCIONES DONDE PRESTA SERVICIOS

#### **PROVINCIAL – MUNICIPAL** (tachar lo que no corresponda)

Establecimiento: .....  
Departamento Pcial:..... Fecha Ingreso: ..... / ..... / .....  
Ministerio de:.....  
Número de legajo: ..... Clase:..... Régimen:.....  
 Efectivo /  Contratado /  Interino /  Otro: .....

#### **PROVINCIAL – MUNICIPAL** (tachar lo que no corresponda)

Establecimiento: .....  
Departamento Pcial:..... Fecha Ingreso: ..... / ..... / .....  
Ministerio de:.....  
Número de legajo: ..... Clase:..... Régimen:.....  
 Efectivo /  Contratado /  Interino /  Otro: .....

#### **PRIVADO**

Establecimiento: .....  
Departamento Pcial:..... Fecha Ingreso: ..... / ..... / .....  
Domicilio Completo: .....  
Relación de dependencia  SI /  NO /  Otro: .....

Declaro  SI /  NO tener participación, acciones o cuotas de interés en Entidades Asistenciales Privadas.

Adjunto recibo de sueldo y autorizo a partir de la fecha a que sea descontada de mis haberes la cuota gremial correspondiente.

RESOLUCIÓN DE COMISIÓN DIRECTIVA SEGÚN ART. 3 DEL ESTATUTO:.....

AFILIÓ: .....

FIRMA: .....

Aclaración: .....

#### CONTROL INTERNO:

Nro. Afiliado: .....

Fecha Aceptación ..... / ..... / .....

Alta Sistema: ..... / ..... / .....