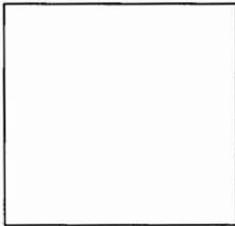


Secretaría de Trabajo y Previsión INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN Sección Ley 4349 JUBILACIONES Y PENSIONES CIVILES	(1) Afiliado N°	<h2 style="margin: 0;">FICHA INDIVIDUAL</h2>
---	-----------------------	--

2) Ministerio:..EDUCACION...y..JUSTICIA.....3) Repartición,Universidad Nacional de Córdoba.....
(Indicar Ministerio o Secretaría de Estado) Secretaría de Planificación y Gestión Institucional

DATOS PERSONALES

4) Apellidos y Nombres del Afiliado.....
 5) Apellido paterno.....6) Apellido materno.....
 7) Fecha de nacimiento: Día.....Mes.....Año.....8) Sexo.....
 9) Lugar de nacimiento....Córdoba.....
(Ciudad, Pueblo, Localidad, Villa o Isla)
 a) Si es Arg. Nativo: Prov. o Territ..Cba.....
 10) Nacionalidad
 b) Si es naturalizado: País de origen..Arg.....
 11) Sabe leer?.....SI.....12) Sabe escribir?.....SI.....
 13) Estudios cursados.....
 14) Profesión u oficio.....15) Tareas que realiza.....



DOCUMENTOS

17) Cédula de Identidad N°..... Expedida por la Policía de.....
 18) Libreta de Enrolamiento N°..... Libreta Cívica N°.....
 19) Otros Documentos: DU ...N°.....

FAMILIA

20) Estado Civil.....21) Fecha de separación.....

22) Parentesco	23) Nombre y Apellido	24) Indic. si están a cargo (si o no)	25) Sexo Varón o Mujer	26) Fecha de Nacim.			27) Fecha de Casam.			28) Fecha de Defunc.		
				Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
CONYUGE												
1eras. nupcias												
2das. Nupcias												
3eras. Nupcias												
HIJOS				29) Aclar. Sobre datos de familia								
SOLTEROS <small>(varones hasta 18 años, mujeres hasta 22 años o incapacitados)</small>												
PADRE				30) Si el cónyuge es beneficiante o presta servicios regidos por leyes de previsión INDICAR: Afiliación a) N° de Beneficio b) Caja o Secc.Ley N° c) Remunerac. Mensual								
MADRE												
HERMANOS												
SOLTEROS <small>(varones hasta 18 años, mujeres hasta 22 años o mayores incapacitados a su cargo)</small>												

31) Es jubilado, pensionado o retirado?.....31) Sección o Caja que otorgó el beneficio.....
 33) N° de beneficio.....34) Haber mensual.....
35) DOMICILIO ACTUAL DEL AFILIADO:
 Calle.....N°:.....B°:.....Piso:..Dpto.-.....
 Localidad.....F.C.....
 Prov. o Terr.Córdoba.....TE:.....
 36) Lugar y fecha de la declaración....Córdoba, de 201.....
 37)38).....

VB del Jefe o Encargado

Firma del Afiliado

39) Impresión Dígito pulgar
Derecho - Izquierdo

