



INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DE OBRA SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD

FICHA DE AFILIACIÓN
DECLARACIÓN JURADA

DEL TITULAR:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Tipo: DNI LE / LC C.P.F. C. Sta. Fe Otro
Número: _____ CUIL: _____

FOTO
3 x 3
FONDO BLANCO

APELLIDOS: _____
NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ NACIONALIDAD: _____ SEXO: Masculino Femenino

ESTADO CIVIL: Casado / a Soltero / a Divorciado / a Viudo / a Concubino / a

CAPACIDADES DIFERENTES: Fecha de Vencimiento del Certificado: ____ / ____ / ____ Nivel: _____

DOMICILIO REAL ACTUAL: Calle: _____ Núm.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____
Cód. Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Dpto.: _____
Teléfono: _____ Celular: _____ E-Mail: _____

CATEGORÍA AFILIATORIA: Activo Provincial Jubilado Municipal Jubilado Provincial Sistema Abierto
 Organismos Adheridos Pensionado Municipal Pensionado Provincial

DEPENDENCIA: Lugar de Trabajo (Ministerio u Organismo y Repartición): _____ Servicio Complementario

CLAVE DE PAGO: _____ Fecha de Ingreso: ____ / ____ / ____ Número de Cobro: _____

SITUACIÓN DE REVISTA: Permanente Interino Reemplazante de Corta Becario
 Contratado Reemplazante de Larga Convenio de Reciprocidad Pasante

DOMICILIO LABORAL: Calle: _____ Núm.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____
Cód. Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Dpto.: _____
Teléfono: _____ Interno: _____ E-Mail: _____

DEPENDENCIA: Lugar de Trabajo (Ministerio u Organismo y Repartición): _____

CLAVE DE PAGO: _____ Fecha de Ingreso: ____ / ____ / ____ Número de Cobro: _____

SITUACIÓN DE REVISTA: Permanente Interino Reemplazante de Corta Becario
 Contratado Reemplazante de Larga Pasante

¿POSEE OTRA OBRA SOCIAL? : NO SI ¿CUÁL? _____

DEL CÓNYUGE O CONCUBINO: **SI ES TITULAR DEL IAPOS, NO COMPLETAR.**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Tipo: DNI LE / LC C.P.F. C. Sta. Fe Otro
Número: _____ CUIL: _____

FOTO
3 x 3
FONDO BLANCO

APELLIDOS: _____
NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ NACIONALIDAD: _____ SEXO: Masculino Femenino

ESTADO CIVIL: Casado / a Soltero / a Divorciado / a Viudo / a Concubino / a

CAPACIDADES DIFERENTES: Fecha de Vencimiento del Certificado: ____ / ____ / ____ Nivel: _____

HIJOS MENORES DE 21 AÑOS:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Tipo: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE / LC <input type="checkbox"/> C.P.F. <input type="checkbox"/> C. Sta. Fe <input type="checkbox"/> Otro Número: _____ CUIL _____	FOTO 3 x 3 FONDO BLANCO
APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ NACIONALIDAD: _____	SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Casado / a <input type="checkbox"/> Soltero / a <input type="checkbox"/> Divorciado / a <input type="checkbox"/> Viudo / a <input type="checkbox"/> Concubino / a	
CAPACIDADES DIFERENTES: Fecha de Vencimiento del Certificado: ____ / ____ / ____ Nivel: _____	
DOMICILIO REAL ACTUAL: <input type="checkbox"/> ¿Comparte domicilio con el Titular? (Si es si , no completar esta información) Calle: _____ Núm.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____ Cód. Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Dpto.: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ E-Mail: _____	

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Tipo: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE / LC <input type="checkbox"/> C.P.F. <input type="checkbox"/> C. Sta. Fe <input type="checkbox"/> Otro Número: _____ CUIL _____	FOTO 3 x 3 FONDO BLANCO
APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ NACIONALIDAD: _____	SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Casado / a <input type="checkbox"/> Soltero / a <input type="checkbox"/> Divorciado / a <input type="checkbox"/> Viudo / a <input type="checkbox"/> Concubino / a	
CAPACIDADES DIFERENTES: Fecha de Vencimiento del Certificado: ____ / ____ / ____ Nivel: _____	
DOMICILIO REAL ACTUAL: <input type="checkbox"/> ¿Comparte domicilio con el Titular? (Si es si , no completar esta información) Calle: _____ Núm.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____ Cód. Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Dpto.: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ E-Mail: _____	

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Tipo: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE / LC <input type="checkbox"/> C.P.F. <input type="checkbox"/> C. Sta. Fe <input type="checkbox"/> Otro Número: _____ CUIL _____	FOTO 3 x 3 FONDO BLANCO
APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ NACIONALIDAD: _____	SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Casado / a <input type="checkbox"/> Soltero / a <input type="checkbox"/> Divorciado / a <input type="checkbox"/> Viudo / a <input type="checkbox"/> Concubino / a	
CAPACIDADES DIFERENTES: Fecha de Vencimiento del Certificado: ____ / ____ / ____ Nivel: _____	
DOMICILIO REAL ACTUAL: <input type="checkbox"/> ¿Comparte domicilio con el Titular? (Si es si , no completar esta información) Calle: _____ Núm.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____ Cód. Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Dpto.: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ E-Mail: _____	

VOLUNTARIO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Tipo: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE / LC <input type="checkbox"/> C.P.F. <input type="checkbox"/> C. Sta. Fe <input type="checkbox"/> Otro Número: _____ CUIL _____	FOTO 3 x 3 FONDO BLANCO
APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ NACIONALIDAD: _____	SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Casado / a <input type="checkbox"/> Soltero / a <input type="checkbox"/> Divorciado / a <input type="checkbox"/> Viudo / a <input type="checkbox"/> Concubino / a	
CAPACIDADES DIFERENTES: Fecha de Vencimiento del Certificado: ____ / ____ / ____ Nivel: _____	
DOMICILIO REAL ACTUAL: <input type="checkbox"/> ¿Comparte domicilio con el Titular? (Si es si , no completar esta información) Calle: _____ Núm.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____ Cód. Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Dpto.: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ E-Mail: _____	