



Apellidos y Nombres: N° de Afiliado: Fecha de Alta:

Fecha de Nacimiento: Tipo / N° Doc: CUIL:

Estado Civil: Sexo: M F Nacionalidad:

Domicilio: N°: Piso: Dpto:

Localidad: CP: Pcia: Tel:

Mail:

Empresa: CUIT:

Cargo que desempeña: Seccional:

Domicilio: Tel:

CP: Localidad: Provincia:

PARENTESCO	APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y N° DE DOC.	FECHA DE NAC.	ESTADO CIVIL	FECHA DE ALTA

.....

Firma del Titular

.....

*Firma y Aclaración Responsable
de S.E.I.V.A.R.A*

Adherido a la CGT - Personería Gremial N°169

Av.Carabobo 217 • C1406DGC • CABA • T: (011) 4631-1042 / 9350 / 9205

www.seivara.org.ar - consultas@seivara.org.ar