



# FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO OSUNPA

DATOS TITULAR									
Unidad de Gestión de Cabecera									
Apellido				Nombres				Estado Civil	
Tipo Doc			Nro Doc.			Cuil/Cuit			
Nacionalidad			Fecha Nac				Sexo		
Tiene actualmente tratamiento médico prolongado									
Tiene actualmente tratamiento odontológico									
Requiere de medicamentos asociados a un tratamiento									
DATOS DE DOMICILIO REAL									
Pais				Provincia				Localidad	
Calle					Nro		Piso		Dpto
DATOS DEL GRUPO FAMILIAR									
Apellido	Nombres	Fecha Nac	Tipo Doc	Nro Doc	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Nacionalidad	
APORTE ADICIONAL DEL 1%									
Autorizo se efectúe el descuento adicional del 1% sobre los haberes de la UNPA, a los efectos de poder resultar beneficiario de la OSUNPA de acuerdo a las disposiciones del Estatuto, una vez jubilado en el marco del Sistema Integrado Previsional Argentino									
(Tachar lo que NO corresponda)							SÍ ACEPTO	NO ACEPTO	
DOCUMENTACION									
Declaro que todos los datos consignados son veraces y exactos, de acuerdo a mi leal y saber entender									

\_\_\_\_\_  
Firma del Declarante