

e-mail: prestaciones@caja8470.com.ar **Página web:** www.caja8470.com.ar

**PLAN DE SUBSIDIOS Y FONDO SOLIDARIO DE TRASPLANTES E IMPLANTES**

AFILIADO/A N°: \_\_\_\_\_  
 APELLIDO/S: \_\_\_\_\_  
 NOMBRES: \_\_\_\_\_  
 FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 DOCUMENTO: LE - LC - DNI - CI - PASAPORTE N° \_\_\_\_\_  
 PROFESIÓN : \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**Familiares del Profesional**

APELLIDO Y NOMBRE	PARENT.	DNI / LE / LC / CI	Fec. Nacim.	Discap.	
				SI	NO
	Cóny/Conv			SI	NO
	Hijo			SI	NO
	Hijo			SI	NO
	Hijo			SI	NO
	Hijo			SI	NO
	Hijo			SI	NO

**DOMICILIO**

CALLE: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ DPTO: \_\_\_\_\_  
 BARRIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

**SOLICITAMOS MANTENER ACTUALIZADOS LOS DATOS ARRIBA CONSIGNADOS**

**TIPO DE INSCRIPCIÓN**

ALTA TOTAL  ALTA PARCIAL   
 BAJA TOTAL  BAJA PARCIAL

**SIN DEUDA**

Area Cta. Cte. Prev.

**SR. PRESIDENTE**

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente son ciertos, que conozco el texto del Reglamento al que tuve acceso a través de la página web de la Institución y al que presto total conformidad. Por lo expuesto, solicito la incorporación al Plan de Subsidios y Fondo Solidario de Trasplantes e Implantes.

\_\_\_\_\_  
**Firma del/de la Solicitante**

**REQUISITOS**

Original y Fotocopia de Libreta de Familia o Certificado de Convivencia.  
 Original y Fotocopia del D.N.I. de cada integrante del Grupo Familiar (cónyuge o conviviente e hijo/s)  
 Original y Fotocopia del Acta de Nacimiento de hijo/s (en caso de convivencia).  
 Original y Fotocopia de Certificado de Discapacidad, si correspondiere.