

ACTIVIDADES CULTURALES

BIBLIOTECA ARTURO JAURETCHE			
Seccional/Delegación		Fecha de presentación	
Datos Personales Titular		OBLIGATORIO CUIL	
DNI	Apellido y Nombres		
N° Afiliado SSRA	N° Afiliado OSSEG	Empresa	
Datos Adicionales			
Domicilio		Localidad	
Provincia	C. P.	Fecha Nacimiento	
Nacionalidad	Tel. Particular		
OBLIGATORIO Tel. Celular		Correo Electrónico	
Franja horaria para contacto			
DATOS DEL CURSANTE		SI ASISTE EL TITULAR INCLUIRSE IGUALMENTE EN ESTA GRILLA	
Apellido y Nombres	Documento	Fecha Nac.	Parentesco
		__/__/__	

DATOS DE LA FACTURA

Factura Número:		Importe:	
Fecha de factura:			

Firma y Aclaración del Afiliado.

DOCUMENTACION A PRESENTAR

- Último recibo de sueldo.
- Comprobante de pago.
- La prestación es solamente para Afiliados al Sindicato del Seguro de la R.A. y a la Obra Social de Seguros y su grupo familiar primario (esposas/os e hijas/os).