

FICHA DE AFILIACIÓN
A | DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres |

DOMICILIO PARTICULAR

Calle |

N° |

Piso y Dpto. |

Provincia |

Localidad |

CP |

Tel. |

Cel. |

Nacionalidad |

Estado Civil |

Fecha de Nac. |

 Femenino

 Masculino

 Otros

Tipo | DNI | LC | LE

N° |

CUIL |

Título |

Antigüedad docente | AÑOS |

MESES |

Obra Social |

E-mail |

Régimen previsional al que aporta |

 ESTATAL PROVINCIAL

 REPARTO NACIONAL
B | ESTABLECIMIENTOS DONDE EJERCE

Nombre |

Código SADOP |

Entidad Propiedad |

CUE |

Domicilio |

N° |

Provincia |

Localidad |

CP |

Tel. |

E-mail |

CUIT |

Nivel |

 INICIAL

 PRIMARIO

 SECUNDARIO

 TERCARIO

 UNIVERSITARIO

 OTROS

Situación en el cargo |

 TITULAR

 SUPLENTE

 Est. Subvencionado | SI

 NO

Cargo |

Horas |

Cargo está Subvencionado por el Estado |

 SI

 NO

Fecha de ingreso al cargo |

Turno en el que ejerce |

 MAÑANA

 TARDE

 NOCHE

Trabaja en otro establecimiento privado |

 SI

 NO

EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETAR EL SIGUIENTE APARTADO.

Nombre | Código SADOP |

Entidad Propiedad | CUE |

Domicilio | Nº |

Provincia | Localidad | CP |

Tel. | E-mail | CUIT |

Nivel | INICIAL PRIMARIO SECUNDARIO Terciario UNIVERSITARIO OTROS

Situación en el cargo | TITULAR SUPLENTE

Est. Subvencionado | SI NO Cargo | Horas |

Cargo está Subvencionado por el Estado | SI NO

Fecha de ingreso al cargo | Turno en el que ejerce | MAÑANA TARDE NOCHE

Trabaja en otro establecimiento privado | SI NO EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETAR EL SIGUIENTE APARTADO.

Nombre | Código SADOP |

Entidad Propiedad | CUE |

Domicilio | Nº |

Provincia | Localidad | CP |

Tel. | E-mail | CUIT |

Nivel | INICIAL PRIMARIO SECUNDARIO Terciario UNIVERSITARIO OTROS

Situación en el cargo | TITULAR SUPLENTE

Est. Subvencionado | SI NO Cargo | Horas |

Cargo está Subvencionado por el Estado | SI NO

Fecha de ingreso al cargo | Turno en el que ejerce | MAÑANA TARDE NOCHE

C | GRUPO FAMILIAR A CARGO

PARENTESCO	GÉNERO	APELLIDO Y NOMBRE	FECHA DE NAC.	Nº DE DOCUMENTO	OBRA SOCIAL
CÓNYUGE					
HIJO/A					
HIJO/A					
HIJO/A					

¿Algún hijo/a posee una discapacidad? | SI NO

Firma del interesado/a | Fecha |