

## SOLICITUD DE INGRESO PARA SOCIOS

Fecha:

--	--	--

Socio N°:

--

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Número de legajo: \_\_\_\_\_

Tipo y Número de Documento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ Tel. Laboral: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Empleado: Municipalidad / Comuna de: \_\_\_\_\_ Antigüedad: \_\_\_\_\_

Sección: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_ Solicita Tarjeta DSALUD: \_\_\_\_\_

Jubilado / Pensionado: \_\_\_\_\_ Caja: \_\_\_\_\_

## SOCIOS PARTICIPANTES INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

Completar este cuadro con los datos de su cónyuge, hijos menores de 21 años y discapacitados.

Apellido y Nombre:	Parentesco con el Socio:	Fecha de nacimiento	D.N.I.	Opcionales con cuota adicional			
				DSALUD		Subs. x fallecimiento x muerte accidental	
				SI	NO	SI	NO

## SOCIOS ADHERENTES

Completar este cuadro con los datos de padres, suegros e hijos mayores de 21 años de edad del socio titular

Apellido y Nombre:	Parentesco con el Socio:	Fecha de nacimiento	D.N.I.	Opcionales con cuota adicional			
				DSALUD		Subs. x fallecimiento x muerte accidental	
				SI	NO	SI	NO

**SUB. POR FALLECIMIENTO:** No corresponde este subsidio para quienes se incorporen como socios con 65 años cumplidos.

**DECLARACION JURADA:** El/la que suscribe declara bajo juramento y a los efectos de lo establecido en las disposiciones generales de uso de prestaciones sociales, que todas las personas incluidas en esta solicitud gozan de buena salud en este momento y no padecen enfermedad grave, y que las edades y demás datos detallados en la presente solicitud son correctos y verdaderos. Además declaro conocer los derechos y obligaciones que debo cumplir y respetar como socio de la institución.

**DECLARATORIA DE BENEFICIARIOS:** Declaro como beneficiario del subsidio por fallecimiento a: Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

X

Firma del Titular

Aclaración de la firma



**La Mutual de los Municipales y Comunales  
de la Provincia de Santa Fe**

Asociación Mutual, Federal y Social de los Trabajadores Municipales  
Matrícula Instituto Nacional de Acción Mutual N° 985  
Inscripción Dirección Provincial de Mutualidades N° 769

Av. Freyre 1635 - (3000) Santa Fe  
Tel. 0342 - 459 8313 / 459 7832 / 468 0002  
info@amfestrám.org.ar /// www.amfestrám.org.ar

Sr.  
DIRECTOR DE ADMINISTRACION  
S / D

Por la presente autorizo, a partir de la fecha, a que se efectúe sobre mis haberes, todo descuento que surja de las órdenes presentes por AMFESTRAM cualquiera sea el concepto que origine el descuento.

Asimismo, acepto como único responsable de los descuentos a la entidad antes citada respecto a la legalidad, procedencia y oportunidad de los montos descontados, control de saldos, o cualquier otro hecho controvertido que pudiera producirse.

Por lo expuesto, eximo de toda responsabilidad a la Caja Municipal de Jubilados y Pensionados y/o Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Prov. de Santa Fe, y/o pagador, dependiente de esa repartición, en razón de que los mismos revistan en carácter de puros liquidadores.

Sin otro, particular, lo saludo muy atte.

Apellido y Nombre:

D.N.I./L.E./L.C.:

Jubilado/Pensionado N°:

Firma del Afiliado X.....