



ASOCIACION JUDICIAL BONAERENSE

DIRECCIÓN SERVICIOS SOCIALES

Calle 49 n° 488 - Tel. 423-2632 /423-3101 - C.P.A.: B 1900 APT - La Plata - E.mail: osocial@ajb.org.ar

SOLICITUD DE AFILIACION

LUGAR: _____

FECHA: ____/____/____ LEGAJO N° _____

APELLIDO y NOMBRE _____

TIPO DOC. IDENT: _____ N° DOC.: _____ FECHA NAC.: ____/____/____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TEL.: _____ C.P.: _____

TRABAJA EN: _____ COD. DESTINO: _____

DEPARTAMENTAL _____ COD. DEPARTAMENTAL: _____

N° de AFILIACION AL I.O.M.A.: _____

FAMILIARES A CARGO

Apellido y Nombres	Parentesco	Fec. Nac.	Nro. IOMA	Observaciones

LOS DATOS ESPECIFICADOS TIENEN EL CARÁCTER DE DECLARACION JURADA

Por la presente solicito mi afiliación a la Obra Social (cod. 154 o 1541) y autorizo se me efectúe la retención del 2 o 3 % (dos o tres por ciento) mensual, según corresponda, como así también el o los adicionales por familiares a cargo (cod. 175), de todas las retribuciones que perciba en cada mes como agente del Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires, por cualquier concepto; una vez aprobada su incorporación por la Dirección de Servicios Sociales como así toda otra contribución que establezcan las autoridades de la Asociación, facultada para ello, conforme al estatuto, con excepción de las asignaciones familiares. También me comprometo a controlar que dichas retenciones, me sean efectuadas en el momento oportuno, caso contrario, las abonaré durante el mes en la entidad.

Firma del Titular

Firma del Delegado Dtal.

SISTEMAS

Form 18 Fecha de recepción:/...../.....

Fecha de alta:/...../.....

Cód. Oper.: