

AFILIACION DE FAMILIARES NO CONVIVIENTES**DATOS DEL AFILIADO TITULAR****NOMBRE****Beneficio****Documento****Tipo****N°****DATOS DEL FAMILIAR NO CONVIVIENTE****Nombre****Parentesco****GP****Documento****Tipo****N°****C.U.I.L.****Sexo****M****F****Estado Civil****Fecha Nacimiento****Nacionalidad****País de Nacimiento****Domicilio****Calle****N°****Piso****Dpto****CP****Localidad****Dpto.****Provincia****UGL****Agencia****Teléfono****Fijo****Prefijo****N°****Móvil****Prefijo****N°****Correo electrónico****AUTORIZACION**

Por la presente autorizo la afiliación al INSSJP de
familiar a mi cargo.

como**Lugar y fecha****Firma del Afiliado****Firma Agente INSSJP**