

AFILIADOS
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL DE DATOS
Declaración Jurada

Señor Presidente de la Caja de Seguridad Social para Profesionales de la Kinesiología de la Provincia de Buenos Aires.

Conforme la Afiliación Obligatoria establecida en el art. 13 inc) de la Ley Provincial N° 13.917, consigno en carácter de la Declaración Jurada mis datos profesionales y laborales.

| 1 - DATOS PERSONALES | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|------|----------------------|--------|-----------|----------------------------|---|----------|
| Apellido/s y Nombre/s Completos | | | | | | Nacionalidad: | Sexo (*) F <input type="checkbox"/> - M <input type="checkbox"/> | |
| Documento : D.N.I / L.E / L.C N°: | Fecha de Nacimiento: | | Lugar de Nacimiento: | | | Estado Civil: ¹ | | |
| Apellido/s y Nombre/s del Padre : | | | | | | A cargo (*): Si - No | Vive (*): Si - No | |
| Apellido/s y Nombre/s de la Madre : | | | | | | A cargo (*): Si - No | Vive (*): Si - No | |
| Domicilio Particular | | | | | | | | |
| Calle | Número | Piso | Dpto. | Barrio | Localidad | Provincia | Código Postal | Teléfono |
| Domicilio Constituido ² | | | | | | | | |
| Calle | Número | Piso | Dpto. | Barrio | Localidad | Provincia | Código Postal | Teléfono |
| F-mail: | | | | | | | | |
| Teléfono Celular: | | | | | | | | |

| 2 - GRUPO FAMILIAR | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---------------------------------|---------------------|------------------------|--------|------|---|--------------|---|---------|----|--------------------|
| Tipo ³ | Apellido/s y Nombre/s Completos | Fecha de Nacimiento | Documento de Identidad | | Sexo | | Estado Civil | | Convive | | Domicilio Teléfono |
| | | | Tipo ⁴ | Número | F | M | C | S | SI | NO | |
| | |/...../..... | | | | | | | | | |
| | |/...../..... | | | | | | | | | |
| | |/...../..... | | | | | | | | | |
| | |/...../..... | | | | | | | | | |
| | |/...../..... | | | | | | | | | |
| | |/...../..... | | | | | | | | | |

(*) Marcar lo que corresponda.

1- Soltero/a - Casado/a - Viudo/a - Divorciado/a.

2- En el domicilio constituido se considerarán válidas todas las comunicaciones y/o notificaciones que allí curse la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la Kinesiología de la Provincia de Buenos Aires, subsistiendo el mismo a todos los efectos legales hasta tanto no notifique a la Caja por medio fehaciente el cambio por otro. Se debe consignar obligatoriamente un domicilio de la Provincia de Buenos Aires.

3- Cónyuge - Concubina/o - Hija/o - Nieta/o a cargo.

4- D.N.I. - L.E. - L.C.



| 3 - DATOS PROFESIONALES | | | | | | | | | |
|---|------------------------|---|---|---|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Matrícula Profesional COKIBA: | Categoría ⁵ | | | | Número | Tomo | Folio | Fecha | Delegación |
| | Básica | A | B | C | | | | | |
| Datos de Matrícula en Otras Jurisdicciones: | | | | | Número | Tomo | Folio | Fecha | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Título Profesional: | | | | | Universidad | | Fecha Expedición: | | |
| | | | | | | | | | |
| Títulos Postgrados (Maestrías - Doctorados - Especialidades): | | | | | Universidad | | Fecha Expedición: | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| CLAVE UNICA DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA - C.U.I.T. Nº | | | | | | | | | |

4 - DATOS LABORALES

1) EJERCICIO PROFESIONAL EN EL AMBITO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

En relación de Dependencia (Públicos y/o Privados)

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|------|-------|--------|-----------|-----------|----------------|----------|
| Nombre del Establecimiento: | | | | | | | C.U.I.T: | |
| Calle | Número | Piso | Dpto. | Barrio | Localidad | Provincia | Código Postal | Teléfono |
| | | | | | | | | |
| Días y Horarios de Atención: | | | | | | | | |
| Función que Desempeña: | | | | | | | | |

Consultorio Particular

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|------|-------|--------|-----------|-----------|----------------|----------|
| Nombre del Establecimiento: | | | | | | | C.U.I.T: | |
| Calle | Número | Piso | Dpto. | Barrio | Localidad | Provincia | Código Postal | Teléfono |
| | | | | | | | | |
| Días y Horarios de Atención: | | | | | | | | |

Nota: De resultar necesario, completar Anexo.

⁵ Marcar lo que corresponda.

2) EJERCICIO PROFESIONAL FUERA DEL AMBITO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

En relación de Dependencia (Públicos y/o Privados)

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------|-------|-------|--------|-----------|-----------|----------------|----------|
| Nombre del Establecimiento: | | | | | | | C.U.I.T: | |
| Calle | Número | Piso | Dpto. | Barrio | Localidad | Provincia | Código Postal | Teléfono |
| | | | | | | | | |
| Días y Horarios de Atención: | | | | | | | | |
| Función que Desempeña: | | | | | | | | |

Consultorio Particular

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------|-------|-------|--------|-----------|-----------|----------------|----------|
| Nombre del Establecimiento: | | | | | | | C.U.I.T: | |
| Calle | Número | Piso | Dpto. | Barrio | Localidad | Provincia | Código Postal | Teléfono |
| | | | | | | | | |
| Días y Horarios de Atención: | | | | | | | | |

5 - INFORMACION COMPLEMENTARIA ⁶

Declaro mantener debidamente actualizados mis datos personales, profesionales y laborales arriba consignados, asumiendo la obligación de notificar en forma fehaciente ⁷ a la Caja de Seguridad Social para Profesionales de la Kinesiología de la Provincia de Buenos Aires cualquier cambio y/o novedad que se produzca.

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma y Aclaración

Mat. N° T° F°

⁶ Deberán efectuarse todas aquellas aclaraciones y/o ampliaciones de información complementaria del afiliado y/o de su grupo familiar. Pueden citarse, entre otras: Si se encuentra Jubilado / Pensionado. Si posee Obra Social (Voluntaria / Obligatoria). Enfermedades Preexistentes, Incapacidad/es (en ambos casos indicar claramente cual es).

⁷ Se Entiende por notificación fehaciente el envío de Carta Documento o Nota Original suscripta por el afiliado, remitida y entregada en la Caja, quedándose el afiliado con copia y constancia de dicha presentación. No resulta válido el cambio de domicilio por mail, comunicación telefónica y/o verbal a empleado o autoridad de la Caja.

- 1- Fotocopia de DNI, LC o LE.
- 2- Fotocopia de Título con datos de la matrícula.
- 3- Foto carnet color actualizada.
- 4- Si es casado: fotocopia certificada de acta de matrimonio o de la Libreta de Casamiento.
Si esta en concubinato: fotocopia de DNI del Concubino/a e información sumaria ante autoridades judiciales.
Si es divorciado: fotocopia autenticada de la sentencia de divorcio.
- 5- Si tiene hijo/s fotocopia/s certificada/s de la/s partida/s de nacimiento del/de los mismo/s.
- 6- Fotocopia del último recibo de sueldo en caso de trabajar bajo relación de dependencia.
- 7- Certificado emitido por el empleador donde conste la categoría que reviste en caso de trabajar bajo relación de dependencia.
- 8- Si existe alguna incapacidad del afiliado o de los familiares a cargo: certificado de discapacidad emitido por el Ministerio de Salud.

Las fotocopias de la documentación requerida serán verificadas con el original, dejándose constancia en la fotocopia que se ha/n tenido a la vista el/los original/es. En caso de no concurrir con el/los originales, las fotocopias deberán ser certificadas por Escribano Público o Juez de Paz, según corresponda.

ANEXO

DATOS LABORALES

1) EJERCICIO PROFESIONAL EN EL AMBITO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

(*).....

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|-------|-------|--------|-----------|-----------|----------------|----------|
| Nombre del Establecimiento: | | | | | | | C.U.I.T: | |
| Calle | Número | Piso | Dpto. | Barrio | Localidad | Provincia | Código Postal | Teléfono |
| | | | | | | | | |
| Días y Horarios de Atención: | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Función que Desempeña: | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

(*).....

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|-------|-------|--------|-----------|-----------|----------------|----------|
| Nombre del Establecimiento: | | | | | | | C.U.I.T: | |
| Calle | Número | Piso | Dpto. | Barrio | Localidad | Provincia | Código Postal | Teléfono |
| | | | | | | | | |
| Días y Horarios de Atención: | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Función que Desempeña: | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

(*).....

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|-------|-------|--------|-----------|-----------|----------------|----------|
| Nombre del Establecimiento: | | | | | | | C.U.I.T: | |
| Calle | Número | Piso | Dpto. | Barrio | Localidad | Provincia | Código Postal | Teléfono |
| | | | | | | | | |
| Días y Horarios de Atención: | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Función que Desempeña: | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

(*).....

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|-------|-------|--------|-----------|-----------|----------------|----------|
| Nombre del Establecimiento: | | | | | | | C.U.I.T: | |
| Calle | Número | Piso | Dpto. | Barrio | Localidad | Provincia | Código Postal | Teléfono |
| | | | | | | | | |
| Días y Horarios de Atención: | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Función que Desempeña: | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

(*) Indicar : En Relación De Dependencia (Público o Privado)
Consultorio Particular