

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:		Nombre:	
Matrícula:	DNI:	Fecha de nacimiento: / /	
Correo electrónico:		Teléfono personal:	
Sexo:	Delegación:		
Correo electrónico adicional:			

2. DOMICILIO PROFESIONAL¹

Calle:		Nº:	Piso:	Dpto.:
Provincia:		Partido:		
Localidad:		Barrio:		
Teléfono:		Código postal:		

3. DOMICILIO PARTICULAR

Calle:		Nº:	Piso:	Dpto.:
Provincia:		Partido:		
Localidad:		Barrio:		
Teléfono:		Código postal:		

4. DATOS PROFESIONALES

Matrícula Profesional COKIBA:	Categoría ²				Número	Tomo	Folio	Fecha / /
	Básica	A	B	C				
Datos de Matrícula en otras Jurisdicciones:					Número	Tomo	Folio	Fecha
								/ /
								/ /
Título Profesional					Universidad			Fecha Expedición / /

5. OTROS

Lugar de nacimiento:		CUIT/CUIL: - -	
Nacionalidad:		Estado civil ³ :	

¹ En el domicilio constituido se considerarán válidas 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.

² Marcar lo que corresponda.

³ Soltero/a – Casado/a – Divorciado/a.

6. GRUPO FAMILIAR

FAMILIAR 1			
Apellido/s y Nombre/s Completos	DNI	Tipo ⁴	Sexo
F. de nacimiento	Celular	Convive	
Correo electrónico	Dirección		
		S	N
FAMILIAR 2			
Apellido/s y Nombre/s Completos	DNI	Tipo	Sexo
F. de nacimiento	Celular	Convive	
Correo electrónico	Dirección		
		S	N
FAMILIAR 3			
Apellido/s y Nombre/s Completos	DNI	Tipo	Sexo
F. de nacimiento	Celular	Convive	
Correo electrónico	Dirección		
		S	N
FAMILIAR 4			
Apellido/s y Nombre/s Completos	DNI	Tipo	Sexo
F. de nacimiento	Celular	Convive	
Correo electrónico	Dirección		
		S	N
FAMILIAR 5			
Apellido/s y Nombre/s Completos	DNI	Tipo	Sexo
F. de nacimiento	Celular	Convive	
Correo electrónico	Dirección		
		S	N

7. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA⁵

Declaro mantener debidamente actualizados mis datos personales, profesionales y laborales arriba consignados, asumiendo la obligación de notificar en forma fehaciente⁶ 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

⁴ Conyugue - Concubino/a - Hija/a - Nieto/a

⁵ 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).

⁶ 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 empleados o autoridad de la Caja.

AFILIADOS - FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL DE DATOS

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

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 está en concubinato: fotocopia de DNI del concubino/a e información sumaria ante autoridades.
Si es divorciado: fotocopia autentica 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.