



ASOCIACION MUTUAL DEL
MAGISTERIO DE SANTA FE

Eva Perón 2426 – S3000BVJ – Santa Fe
Tel.: 0342-4532301 (LR) – Fax: 0342-4537372
info@mutualmaestra.org.ar

FICHA N° _____

ALTA

Santa Fe, a los _____ días del mes de _____ del año _____, quien suscribe se dirige a Uds. Solicitando la inscripción como asociado/a de esa entidad conforme con las normas que rigen la misma

DATOS DEL SOLICITANTE (ACTIVO)

Apellido y Nombre: _____
Documento: Tipo. _____ Numero: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____ Grupo Sanguíneo: _____
Domicilio calle: _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____
Barrio: _____ Manzana N° _____ Torre N°: _____ Escalera N°: _____ Localidad _____
Cod. Postal: _____ Tel (con caract): _____ E-mail: _____ Dpto _____
CUIL _____ N° CTA BRIA _____ SUCURSAL _____ BANCO _____
TIPO CTA _____ CBU _____

ACTIVOS (imprescindible adjuntar fotocopia ultimo recibo de sueldo)

Establecimiento Nombre y N°: _____

(indicar con una x)

Nivel de Trabajo: NACION PROVINCIA PRIVADO MUNICIPAL Cargo Nombre: _____

Nivel del Cargo: PRIMARIO SECUNDARIO TERCARIO TRANSFERIDO Cargo N°: _____

Situación de revista: REEMPLAZANTE INTERINO TITULAR SUPERVISOR

Clave de Sueldo _____

PASIVOS (Imprescindible adjuntar fotocopia ultimo recibo de sueldo)

N° de Jubilado: _____ Suc: _____

PARTICIPANTES ADHERIDOS (GRUPO FLIAR.)

CONYUGE

Apellido y Nombre: _____ Doc: _____

Documento: Tipo. _____ Numero: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Ocupación: _____

Obra social _____

HIJOS

Apellido y Nombre: _____ Doc: _____

Documento: Tipo. _____ Numero: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Ocupación: _____

Obra social _____

Apellido y Nombre: _____ Doc: _____

Documento: Tipo. _____ Numero: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Ocupación: _____

Obra social _____

Apellido y Nombre: _____ Doc: _____

Documento: Tipo. _____ Numero: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Ocupación: _____

Obra social _____

Apellido y Nombre: _____ Doc: _____

Documento: Tipo. _____ Numero: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Ocupación: _____

Obra social _____

Apellido y Nombre: _____ Doc: _____
Documento: Tipo. _____ Numero: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nacionalidad: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Ocupación: _____
Obra social _____

Apellido y Nombre: _____ Doc: _____
Documento: Tipo. _____ Numero: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nacionalidad: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Ocupación: _____
Obra social _____

Apellido y Nombre: _____ Doc: _____
Documento: Tipo. _____ Numero: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nacionalidad: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Ocupación: _____
Obra social _____

RESOLUCION DEL CONSEJO DIRECTIVO

Por la presente el /la asociado/a queda debidamente notificado que las modificaciones a los datos consignados en esta ficha, deberán ser comunicados a Mutual Maestra en un plazo no mayor de 30 días de producida la novedad, pudiendo la entidad suspender los beneficios en caso de incumplimiento.

Aceptado Fecha: _____ Rechazado Fecha: _____
Firma Secretario: _____ Firma Presidente: _____

AUTORIZACION PARA DESCUENTO POR PLANILLA

SR (para ser presentado ante Organismos Oficiales) (ministerio de Educación) (Caja de Jubilaciones y Pensiones)

PRESENTE

Por la presente autorizo, a partir de la fecha, a que se efectúe sobre mis haberes, todo descuento que surja de ordenes presentadas por la Asociación Mutual del Magisterio de Santa Fe (A.M.M.SA.FE), cualquiera sea el concepto que origine el descuento.

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

Por lo expuesto, eximo de toda responsabilidad al Organismo Liquidador y/o pagador, dependiente de esta repartición, así como de cualquier otra repartición oficial que pudiera surgir como consecuencia de la presente autorización, en razón de que los mismos revistan el carácter de meros liquidadores.

Sin otro particular lo saludo atentamente

ESPACIO DESTINADO AL SOLICITANTE

Firma: _____

Aclaración: _____

ESPACIO DESTINADO A MUTUAL MAESTRA

Certifico que la firma que antecede pertenece a: _____

Firma y sello del responsable de la entidad: _____

DECLARACION JURADA DE BENEFICIARIOS SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

El que suscribe _____ Documento N° _____ con domicilio en
calle _____ N° _____ Piso ____ Dpto. _____ de la localidad de _____
del departamento _____, Código Postal _____ Tel (C/ Caract) _____
otorga el beneficio por fallecimiento a las siguientes personas por orden de prioridad o sus respectivos porcentajes.

Nº	APELLIDO Y NOMBRE	%	Nº DOCUMENTO	FECHA NAC.	DOMICILIO
1					
2					
3					
4					

Firma y Aclaración