



Caja de Previsión Social  
para Agrimensores, Arquitectos,  
Ingenieros y Técnicos de la Prov. de Bs. As.

### FICHA DE AFILIACIÓN

FORMULARIO Nº 20-0007/11

COLEGIO / DISTRITO \* :

Nº DE LEGAJO:

#### 1- DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

Apellidos y Nombres Completos\*:

.....

Tipo y Nº de Documento \* : .....

Sexo \* : Femenino / Masculino (tachar lo que no corresponde)

CUIL/CUIT\* : .....

Fecha de Nacimiento\* : ..... / ..... / .....

Localidad Nacimiento\* : .....

Partido Nacimiento\* : .....

Nacionalidad\* : .....

Estado Civil\* : .....

#### 2- DOMICILIO

Domicilio Real\*

Calle*	Nro.*	Piso*	Dpto*
.....	.....	.....	.....

Provincia *:	Localidad*:	Partido*:	CP*:
.....	.....	.....	.....

Domicilio Legal (Pcia. De Buenos Aires)\*

Calle*	Nro.*	Piso*	Dpto*
.....	.....	.....	.....

Localidad*:	Partido*:	CP*:
.....	.....	.....

Teléfono \* : (.....) .....

Teléfono Celular : (.....) .....

E- mail\* : .....@.....

#### 3- MATRÍCULA

Título Nro. 1: .....	Título Nro. 2: .....
Fecha de Obtención* : .....	Fecha de Obtención* : .....
Universidad* : .....	Universidad* : .....
Colegio / Consejo* : .....	Colegio / Consejo* : .....
Matrícula Nro.* : .....	Matrícula Nro.* : .....
Fecha de Matrícula* : .....	Fecha de Matrícula* : .....
Título Nro. 3: .....	Título Nro. 4: .....
Fecha de Obtención* : .....	Fecha de Obtención* : .....
Universidad* : .....	Universidad* : .....
Colegio / Consejo* : .....	Colegio / Consejo* : .....
Matrícula Nro.* : .....	Matrícula Nro.* : .....
Fecha de Matrícula* : .....	Fecha de Matrícula* : .....

**4- DATOS DEL CONYUGE**

**Apellidos y Nombres Completos\*:**

Apellidos y Nombres Completos*:	Tipo y Nro. de Doc.	Fecha de Nacimiento
.....		/ /

**5 - DATOS DE LOS HIJOS**

Apellidos y Nombres Completos*:	Sexo (Tachar lo que no corresponda)	Fecha de Nacimiento
.....	Femenino / Masculino	/ /
.....	Femenino / Masculino	/ /
.....	Femenino / Masculino	/ /
.....	Femenino / Masculino	/ /

**6 - DATOS DE LOS PADRES**

Apellidos y Nombres Completos*:	Sexo (Tachar lo que no corresponda)	Fecha de Nacimiento
.....	Femenino / Masculino	/ /
.....	Femenino / Masculino	/ /

**Sr. Profesional:**

Los datos consignados en la presente Ficha de Afiliación tiene carácter de declaración jurada.

A partir de la misma se confeccionará su legajo personal basándonos en los Artículos 5, 6 y 7 de la Ley 12.490, por lo cual rogamos tenga bien cumplimentar los siguientes requisitos:

1- Completar los datos en forma precisa y entendible.

2- Completar de forma obligatoria los datos marcados con asterisco, en caso de no hacerlo no se le podrá asignar el número de legajo correspondiente.

LUGAR	FECHA
-------	-------

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MATRICULADO



**Caja de Previsión Social**  
para Agrimensores, Arquitectos,  
Ingenieros y Técnicos de la Prov. de Bs. As.

Calle 48 N°695 CP: B1 900ANA La Plata - Pcia. de Buenos Aires

Teléfono: (0221) 41 2-0600 L.R. FAX (0221) 482-6334

[autogestion@caaitba.org.ar](mailto:autogestion@caaitba.org.ar)

[www.caaitba.org.ar](http://www.caaitba.org.ar)