

Solicitud de Colonia

INTERIOR

Seccional/Delegación		Fecha de presentación	
Provincia de Origen		Nro. Solicitud	
Datos Personales titular		OBLIGATORIO CUIL.:	
Documento Tipo DNI - LE - LC - CI - Otro	Apellido y nombres		
Número			
Sindicato Del Seguro		Obra Social OSSEG	
N° Afiliado	Empresa	Plan	N° Afiliado
Empleado en:		Tel. laboral	Int.
Datos Adicionales			
Domicilio		Localidad	
Provincia	C. P.	F. Nacimiento	
Nacionalidad	Estado Civil	Tel. Particular	
OBLIGATORIO Correo Electrónico		Tel. Celular	
Período		Jornada	
Temporada <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/>		Completa <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/>	
Fecha Desde ___/___/___ Hasta ___/___/___		Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/>	
		Pileta Libre <input type="checkbox"/>	
DATOS COLONOS			
Apellido y Nombres	T. doc	Documento	Fecha Nac.
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
Concurrió anteriormente a la colonia?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FORMA DE PAGO		CONTADO <input type="checkbox"/> DESCUENTO DE HABERES <input type="checkbox"/>	
IMPORTANTE			
- ES NECESARIO QUE ACOMPAÑE LA FICHA MEDICA CON LA PRESENTACION DE LA SOLICITUD QUE DEBERA SER COMPLETADA EN TODAS SUS PARTES			
-EL TRABAJADOR (ACTIVO ó PASIVO) DEBE ADJUNTAR FOTOCOPIA DE RECIBO DE HABERES			
----- Firma y aclaracion afiliado			