



1		2	
	USO DEL IOMA		NUMERO DE AFILIADO
3		4	
	APELLIDO Y NOMBRES		ESTADO CIVIL COD.
5	DOMICILIO AFILIADO DIRECTO	CALLE -CAMINO - PARAJE - LUGAR - ESTABLECIMIENTO NUMERO	
	PROVINCIA COD.	PARTIDO CODIGO	LOCALIDAD COD.
6A		6B	
	TELEFONO		E-MAIL
7			
	DIA MES AÑO		FECHA DE NACIMIENTO
8	DOMICILIO LUGAR DE TRABAJO	CALLE -CAMINO - PARAJE - LUGAR NUMERO	
	PROVINCIA COD.	PARTIDO CODIGO	LOCALIDAD COD.
9	MINISTERIO-REPARTIC.-MUNIC.-CAJAPREV.		
10	FAMILIARES A CARGO		FECHANACIM. COD. PAR.
	APELLIDO Y NOMBRES	BARRA	DIA MES AÑO
			DOCUMENTO DE IDENTIDAD COD. ALTA
			TIPO COD. NUMERO

LUGAR Y FECHA
FIRMA AFILIADO
FIRMA RESPONSABLE IOMA

CERTIFICACION DATOS Y PARENTESCOS

PARA USO EXCLUSIVO DEL IOMA

11	02	JUBILADO	12	1	AFIL. DIRECTO	13															
	03	PENSIONADO		2	AFIL. A CARGO		DIA	MES	AÑO		MES	AÑO		CODIGO	SUB.COD.		LUGAR DE TRABAJO				
	01	ADM. PUBL. PROV.		3	ALTA		16														
	04	MUNICIPALES		4	MODIFICACION		NUMERO BENEFICIO O LEGAJO														
	10	PERS. NO PERMANENTE		5	RENOVACION																

CERTIFICACION DE FIRMA, CARGO Y APORTES PARA EL PERSONAL EN ACTIVIDAD DEPENDIENTE DE LOS PODERES EJECUTIVO, LEGISLATIVO Y JUDICIAL, ORGANISMOS DE LA CONSTITUCION, MUNICIPALIDADES ADHERIDAS Y JUBILADOS Y PENSIONADOS DE LAS CAJAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

AGENTES EN ACTIVIDAD

CERTIFICO que la firma que antecede es auténtica y pertenece a (Nombres y Apellido) _____ M.I. o C.I. _____ quien presta servicios en (Dependencia) _____ dependiente de (Ministerio, Municipalidad, Organismo, etc.) _____ habiendo sido designado como (Titular, Mensual, Jornalizado, etc.) _____ por (Decreto, Resolución, etc.) _____ Legajo Contaduría Provincia o Interno Repartición N° _____ ingresó el ____/____/____ y cesará el ____/____/____.

Al nombrado se le efectúan sobre sus haberes los descuentos y aportes determinados por Ley en concepto de cuota afiliatoria.

LUGAR Y FECHA _____ SELLO REPART. _____ FIRMA Y SELLO FUNCIONARIO CERTIFICANTE _____

JUBILADOS Y PENSIONADOS DE LAS CAJAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CERTIFICO que la firma que antecede es auténtica y pertenece a (Nombres y Apellido) _____ quien es JUBILADO () o PENSIONADO () N° _____ de la CAJA _____

LUGAR Y FECHA _____ FIRMA Y SELLO FUNCIONARIO CERTIFICANTE _____ FIRMA DEL AFILIADO _____

PARA USO DE LA DIRECCION DE AFILIACIONES