

# Actualización de Datos del Afiliado

ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES



\_\_\_\_\_ Número de Afiliado

Nombre

Documento

\_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento

Domicilio Particular

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número

Piso

Dpto.

Localidad

Código Postal

\_\_\_\_\_

Teléfono Particular

Teléfono Celular

Correo Electrónico para novedades de ATUNQ

\_\_\_\_\_

Legajo UNQ :

Contrato:

Fecha inicio:

Fecha final:

\_\_\_\_\_

Si  No

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Área de trabajo

Nº Interno

\_\_\_\_\_

## Grupo Familiar

Parentesco Nombre

Fecha Nacimiento

Nivel de Escolaridad

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parentesco Nombre

Fecha Nacimiento

Nivel de Escolaridad

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parentesco Nombre

Fecha Nacimiento

Nivel de Escolaridad

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parentesco Nombre

Fecha Nacimiento

Nivel de Escolaridad

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parentesco Nombre Fecha Nacimiento Nivel de Escolaridad

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Parentesco Nombre Fecha Nacimiento Nivel de Escolaridad

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Salud y Cuidados del Afiliado y Grupo Familiar**

Indique y describa si tiene alguna condición especial en relación a su salud y/o de su grupo familiar.

**Afiliado**

Detalle:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Parentesco**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Detalle:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Parentesco**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Detalle:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_