

Obra Social de la Confederación de Obreros y Empleados municipales de la Argentina
(O.S.C.O.E.M.A.)

Tipo de Mov

A	B	M
---	---	---

 Carnet N°

 Fecha de Alta

...../...../.....

Apellido y Nombres: _____

Fecha de Nac.: _____ Tipo y N° de Doc.: _____ C.U.I.L N° _____

Estado Civil: _____ Sexo:

F	M
---	---

 Nacionalidad: _____

Domicilio _____ N° _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad _____ Cod. Post.: _____ Pcia.: _____ Tel.: _____

Empresa: _____ N° de C.U.I.T. _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Cod. Post.: _____ Localidad _____ Pcia.: _____

	Parentesco	Apellido y Nombre	C.U.I.L.	F. De Nac.	Estado Civil	Fecha de Alta

FIRMA DEL TITULAR

FIRMA Y ACLARACION RESPONSABLE
DE OBRA SOCIAL