Caja de Seguridad Social para los
Profesionales del Arte de Curar
de la provincia de Santa Fe
Ley 12.818

SUBSIDIO POR MATERNIDAD / ADOPCIÓN

FOR-MAT-001

1- DATOS PERSONALES DE LA AFILIADA TITULAR

APELLIDOS Y NOMBRES						NRO DE AFILIADA
FECHA DE NACIMIENTO DÍA - MES - AÑO			DOCUMENTO TIPO	NUMERO	CELULAR COD PAIS COD AREA NRO TELEFONO	
					+54 0 15	

CORREO ELECTRONICO

INDIQUE SI TIENE OTRA OBRA SOCIAL ○ SI ○ NO

NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL

2 – DATOS DEL RECIEN NACIDO/ADOPCIÓN

APELLIDO Y NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO	DOCUMENTO TIPO NRO	TIENE OTRA OBRA SOCIAL? INDIQUE SU NOMBRE
NACIDO:	○ PARTO ○ CESÁREA	TIPO SUBSIDIO:	○ NACIMIENTO ○ ADOPCIÓN	

3 – DATOS CUENTA BANCARIA

NOMBRE BANCO	SUCURSAL	NRO CAJA DE AHORRO / CUENTA CORRIENTE

CBU

TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA: ☐ SOY TITULAR ☐ OTRO TITULAR

EN EL CASO DE QUE HAYA SELECCIONADO LA OPCIÓN OTRO TITULAR, COMPLETAR EL APARTADO 4.

4 – DATOS PERSONALES DEL TITULAR DE LA CUENTA

COMPLETAR SOLO SI EL TITULAR DE CUENTA NO ES EL AFILIADO DE LA SECCIÓN **1- DATOS PERSONALES DE LA AFILIADA TITULAR**

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO TIPO NÚMERO

CONFORMIDAD DE NOTIFICACIONES POR MAIL

PRESTO MI CONFORMIDAD PARA QUE SE ME NOTIFIQUE LA RESOLUCION QUE SE DICTE AL CORREO ELECTRONICO ESPECIFICADO EN EL PRESENTE FORMULARIO.

ACLARACION

EL PRESENTE FORMULARIO DEBERA SER FIRMADO SI SE PRESENTA EN FORMATO PAPEL IMPRESO.
NO SERA NECESARIA LA FIRMA MANUSCRITA SI LA SOLICITUD SE ENVIA POR UN MEDIO DIGITAL, EN CUYO CASO DEBERÁ COMPLETAR TODA LA INFORMACION Y ENVIARLO EN FORMATO PDF A TRAVES DE ALGUNO DE NUESTRO MEDIOS DIGITALES.

/ /

FECHA

ACLARACIÓN Y FIRMA AFILIADA