



OSPRERA

Obra Social del Personal Rural y Estibadores
de la República Argentina Código O.S. 119.302

Formulario 83M SOLICITUD DE AFILIACION

DATOS DEL TITULAR

APELLIDO: _____

NOMBRES: _____

N° C.U.I.L.																			

TIPO DE DOC.: *L.E./L.C./DNI* N° DE DOC.: _____

FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ SEXO: MASCULINO FEMENINO
— Tachar lo que no corresponda —

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO PARTICULAR _____
Calle / Paraje / Ruta / Km. N° CP Localidad Provincia

DOMICILIO LABORAL _____
Calle / Paraje / Ruta / Km. N° CP Localidad Provincia

FECHA INGRESO ____ / ____ / ____ TIPO DE AFILIADO: OBLIGATORIO ADHERENTE TRASPASO O.S. JUBILADO
— Tachar lo que no corresponda —

CATEG. LABORAL: _____

TEL.: _____ CONDICION DE TRABAJO: PERMANENTE NO PERMANENTE
— Tachar lo que no corresponda —

C. ELECT.: _____

<input type="checkbox"/> RURAL	<input type="checkbox"/> NO RURAL
— Tachar lo que no corresponda —	

N° BOCA DE EXPENDIO																			
A completar por la Boca de Expendio																			

DATOS DEL EMPLEADOR

N° C.U.I.T.																			

RAZON SOCIAL: _____

DOMICILIO ESTABLECIMIENTO _____
Calle / Paraje / Ruta / Km. CP Localidad Provincia

DOMICILIO ADMINISTRATIVO _____
Calle / Paraje / Ruta / Km. CP Localidad Provincia

"PERSONAL NO PERMANENTE": Se entenderá por Trabajador No Permanente, cuando una persona física realice tareas en la actividad agraria conforme lo establece el art. 77 de la ley N° 22248.

"PERSONAL PERMANENTE": Se entenderá por Trabajador Permanente cuando una persona física realice tareas en la actividad agraria, fuera del ámbito urbano, en relación de dependencia y perciba su salario mensualmente, y que no esté comprendido en el punto anterior.

INSTRUCCIONES: El formulario será confeccionado por **TRIPLICADO**, quedando en poder del trabajador una copia debidamente **firmada y sellada por el responsable de la Boca de Expendio**, la cual podrá ser requerida al momento de solicitar prestaciones.

FOTOCOPIAS: Se deberá acompañar en fotocopia simple: **Del titular**: Ultimo recibo de sueldo, Doc. de Identidad. **Del grupo familiar**: Doc. de Identidad, Acta de Matrimonio, Partida de Nacimiento de hijos.

HIJOS: Quedan comprendidos los hijos solteros hasta los 21 años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de la actividad profesional, comercial o laboral; y sin límite de edad cuando sean incapacitados, debiendo acreditarse incapacidad con **"certificado de Incapacidad"**.

ESTUDIANTES: Serán beneficiarios los Hijos mayores de 21 años y hasta los 25 inclusive, previa acreditación anual, de su situación al inicio y finalización del ciclo lectivo, debiéndose consignar el domicilio del estudiante, en el cual reside la mayor parte del año.

HIJOS DEL CONYUGE Y MENORES BAJO GUARDA: Acreditar mediante la documentación pertinente.

OTROS FAMILIARES: Se deberá presentar la documentación que avale la incorporación conforme lo establece la resolución N° 81/95 INOS, debiéndose efectuar un **APORTE ADICIONAL DEL 1,5% POR CADA FAMILIAR QUE SE INCLUYA**, debiendo ser consignado obligatoriamente en el recibo de sueldo.

____ / ____ / ____

Fecha de Recepción

Firma y Sello del Agente Receptor

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

CONYUGE: APELLIDO _____

N° DE BOCA DE EXPENDIO									

NOMBRE: _____

N° C.U.I.L.									

TIPO DE DOC.: L.E./L.C./DNI Nº DE DOC.: _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ SEXO: MASC. FEM.
Tachar lo que no corresponda

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO PARTICULAR _____
 Calle / Paraje / Ruta / Km. Nº CP Localidad Provincia

DOMICILIO LABORAL _____ Nº C.U.I.T. _____
 Calle / Paraje / Ruta / Km. Nº CP Localidad Provincia

TIPO DE CARGA: _____ *A completar por la Obra Social*

INCAPACITADO: SI NO

HIJO/A: APELLIDO _____

N° DE BOCA DE EXPENDIO									

NOMBRE: _____

N° C.U.I.L.									

TIPO DE DOC.: L.E./L.C./DNI Nº DE DOC.: _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ SEXO: MASC. FEM.
Tachar lo que no corresponda

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO PARTICULAR _____
 Calle Nº CP Localidad Provincia

DOMICILIO LABORAL _____ Nº C.U.I.T. _____
 Calle / Paraje / Ruta / Km. Nº CP Localidad Provincia

ESTUDIANTE: PRIMARIO SECUNDARIO TERCARIO UNIVERSITARIO

TIPO DE CARGA: _____ *A completar por la Obra Social*

INCAPACITADO: SI NO

HIJO/A: APELLIDO _____

N° DE BOCA DE EXPENDIO									

NOMBRE: _____

N° C.U.I.L.									

TIPO DE DOC.: L.E./L.C./DNI Nº DE DOC.: _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ SEXO: MASC. FEM.
Tachar lo que no corresponda

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO PARTICULAR _____
 Calle Nº CP Localidad Provincia

DOMICILIO LABORAL _____ Nº C.U.I.T. _____
 Calle / Paraje / Ruta / Km. Nº CP Localidad Provincia

ESTUDIANTE: PRIMARIO SECUNDARIO TERCARIO UNIVERSITARIO

TIPO DE CARGA: _____ *A completar por la Obra Social*

INCAPACITADO: SI NO

HIJO/A: APELLIDO _____

N° DE BOCA DE EXPENDIO									

NOMBRE: _____

N° C.U.I.L.									

TIPO DE DOC.: L.E./L.C./DNI Nº DE DOC.: _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ SEXO: MASC. FEM.
Tachar lo que no corresponda

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO PARTICULAR _____
 Calle Nº CP Localidad Provincia

DOMICILIO LABORAL _____ Nº C.U.I.T. _____
 Calle / Paraje / Ruta / Km. Nº CP Localidad Provincia

ESTUDIANTE: PRIMARIO SECUNDARIO TERCARIO UNIVERSITARIO

TIPO DE CARGA: _____ *A completar por la Obra Social*

INCAPACITADO: SI NO

OTROS: APELLIDO _____

N° DE BOCA DE EXPENDIO									

NOMBRE: _____

N° C.U.I.L.									

TIPO DE DOC.: L.E./L.C./DNI Nº DE DOC.: _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ SEXO: MASC. FEM.
Tachar lo que no corresponda

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO PARTICULAR _____
 Calle Nº CP Localidad Provincia

DOMICILIO LABORAL _____ Nº C.U.I.T. _____
 Calle / Paraje / Ruta / Km. Nº CP Localidad Provincia

ESTUDIANTE: PRIMARIO SECUNDARIO TERCARIO UNIVERSITARIO

TIPO DE CARGA: _____ *A completar por la Obra Social*

INCAPACITADO: SI NO

Declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente formulario son reales.

Firma del Beneficiario