

FORMULARIO DE CUMPLIMENTACION DE DATOS

ALTA TEMPRANA - AFIP



Universidad Nacional de Entre Ríos

Datos Personales

Tipo Documento:		Nro. Documento:		C.U.I.L.:	-	-	
Apellido:		Nombres:				Sexo:	
Fecha Nac.:	/ /	Discapacidad:					
Nivel de Formación:							

Datos del Domicilio

Localidad:		Calle:		Nro:		CP:	
Correo Electrónico:		Piso:		Dpto. / Casa:		Barrio:	

Datos de la Relación Laboral

Fecha inicio de relación laboral:	/ /	Domicilio (ciudad, calle y número) de la sucursal del Banco Galicia dónde percibirá sus haberes:		
Actividad / Puesto:		Dependencia:		Cargo:

Datos de Vinculos Familiares

Si corresponde indique a continuación los datos de hijos y/o menores en guarda, conyuge / otros.

CUIL <small>(sin guines)</small>	Apellido	Nombres	Fecha Nacimiento / Matrimonio	Parentesco	Incapacidad	Sexo
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			

Lugar y Fecha	
FIRMA DEL DECLARANTE	

ADJUNTAR A ESTA PLANILLA: CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SI CORRESPONDE / FOTOCOPIA DNI / CONSTANCIA DE CUIL