

Solicitud de Afiliación para Monotributista y Personal Doméstico

Departamento de Afiliaciones

La presente planilla reviste carácter de Declaración Jurada.

N° Transacción

Nombre y Apellido

Tipo de Documento *CI DNI ET LC LE PAS* N°Doc. CUIT CUIL N°

Fecha de Nacimiento Edad Años Sexo em. Mas. Nacionalidad Argentina Extranjero

Estado Civil *CA. DIV. SEP. SOL. VIU.* Fecha de Afiliación

Domicilio

Calle N° Piso Dpto. CP Localidad

Departamento/ Partido Provincia Tel. Particular*

Tel. Laboral* Tel. Móvil** Email***

Datos del Empleador

Nombre del Empleador CUIT

Domicilio del Empleador N° CP

Ocupación

Datos de los Familiares

2

Nombre y Apellido

Tipo de Documento *CI DNI ET LC LE PAS* N°Doc. CUIT CUIL N°

Fecha de Nacimiento Edad Años Sexo Fem. Mas. Nacionalidad Argentina Extranjero

Estado Civil *CA. DIV. SEP. SOL. VIU.* Parentesco*

3

Nombre y Apellido

Tipo de Documento *CI DNI ET LC LE PAS* N°Doc. CUIT CUIL N°

Fecha de Nacimiento Edad Años Sexo Fem. Mas. Nacionalidad Argentina Extranjero

Estado Civil *CA. DIV. SEP. SOL. VIU.* Parentesco*

4

Nombre y Apellido

Tipo de Documento *CI DNI ET LC LE PAS* N°Doc. CUIT CUIL N°

Fecha de Nacimiento Edad Años Sexo Fem. Mas. Nacionalidad Argentina Extranjero

Estado Civil *CA. DIV. SEP. SOL. VIU.* Parentesco*

5

Nombre y Apellido

Tipo de Documento *CI DNI ET LC LE PAS* N°Doc. CUIT CUIL N°

Fecha de Nacimiento Edad Años Sexo Fem. Mas. Nacionalidad Argentina Extranjero

Estado Civil *CA. DIV. SEP. SOL. VIU.* Parentesco*

Lugar
Fecha

Firma del
Contralor
de la docum.
N° de Legajo

Firma del Afiliado
en relación de
dependencia
Aclaración

* Parentesco

Hija - Concubino(a) - Cónyuge - Hijo(a) Incapacitado(a) - Menor a cargo - Otros
NOTA: Si posee más integrantes del grupo familiar, acompañe con otro formulario FIB. I.1.,
asentando los mismos a partir del casillero n° 2 de Datos Familiares y así sucesivamente.

* Indique el prefijo 0 y código de área.
** Indique código de área sin el prefijo 0 y 15.
*** Campo obligatorio