



A.P.U.T.N.

ASOCIACIÓN DEL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL

PERSONERÍA GREMIAL N° 1460/88 ENTIDAD ADHERIDA A F.A.T.U.N.

SARMIENTO 517 6TO. PISO CAPITAL FEDERAL C.P. 1041 TEL/FAX 4394-4224/ 0348

AVELLANEDA

BAHÍA BLANCA

BUENOS AIRES

CHUBUT

C. DEL URUGUAY

CONCORDIA

CÓRDOBA

DEL NEUQUÉN

DELTA

GRAL. PACHECO

HAEDO

I.N.S.P.T.

LA RIOJA

LA PLATA

MAR DEL PLATA

MENDOZA

PARANÁ

RAFAELA

RECONQUISTA

RECTORADO

RESISTENCIA

ROSARIO

SAN FRANCISCO

SAN NICOLÁS

SAN RAFAEL

SANTA CRUZ

SANTA FE

TIERRA DEL FUEGO

TRENQUE LAUQUEN

TUCUMÁN

VENADO TUERTO

VILLA MARÍA

FORMULARIO SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

Lugar y fecha:

DATOS DEL AFILIADO

Apellido/s y Nombre/s:

Número de Legajo: Número de Afiliado:

Número de D.N.I.:

Dirección de e-mail (*):

Banco (*):

CBU :

Facultad y/o Unidad Académica:

Teléfono fijo o móvil: Teléfono Laboral:

Documentación que se adjunta:

Acta de defunción: Información sumaria Adm.:

.....
Firma Afiliado

DATOS FAMILIAR DIRECTO (grupo primario)

Apellido/s y Nombre/s:

Número de D.N.I.:

Vínculo con el afiliado:

.....
Firma Co-Deudor

CERTIFICACIÓN DEL DELEGADO

Corresponde a la solicitud del presente subsidio: SI ☐ NO ☐

.....
Firma Delegado

USO RESERVADO SECRETARÍA DE ACCIÓN SOCIAL

(*) Campos obligatorios.