

FONDO SOLIDARIO PROFESIONAL

Apellido y Nombre del Titular	DNI N°	Matrícula N°	Fecha de Nacimiento			Fecha de Matrícula		
			D	M	A	D	M	A

DESIGNACIÓN BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA

APELLIDO Y NOMBRE	VÍNCULO	N° DOCUMENTO	TELÉFONO	% ASIGNADO

DESIGNACIÓN DE AUTORIZADOS AL COBRO DEL SUBSIDIO DE SEPELIO

APELLIDO Y NOMBRE	VÍNCULO	N° DOCUMENTO	TELÉFONO

.....
Fecha

.....
Firma

.....
Aclaración