

Solicitud de afiliación al sistema de salud **COFARMA**

Rosario, ...../...../20..... .-

Nº DE LEGAJO: .....

Apellido y Nombre: .....

Teléfono fijo: ..... Celular: .....

Domicilio: .....

Localidad: .....

D.N.I, L.E., L.C., D.U.: .....

Fecha de nacimiento: ...../...../.....

Estado civil: .....

Nacionalidad: .....

Sexo:  M  F (tachar lo que no corresponda)

Nº de repartición: ..... \*

Categoría: ..... \*

Función: ..... \*

Fecha de ingreso: ...../...../.....\* (\*solo activos)

Firma: ..... Aclaración: .....